Microlog Microfiche Collection
Resolution Chart

Copyright

Copyright for the ***contents*** of this microfiche is held by the publisher of the original document. Please contact the original publisher for guidance in all copyright matters. Copyright in this ***microfiche edition*** is held by Micromedia Limited.

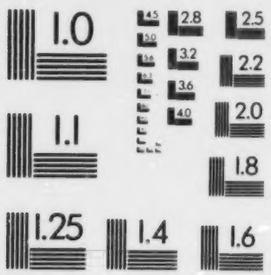
Quality of the Microfiche Reproduction

Micromedia Limited maintains the highest standards for micrographic reproduction. Attempts are made to obtain the best quality print version to microfilm. However, there are some printing styles, colours and graphic layout styles (including maps, graphs and tables) which do not reproduce well. Because of the value of the original document, Micromedia has filmed it recognizing that it may not be as easy to read as the original document.

Some pages have been filmed twice to improve the clarity of the reproduction. Consult both reproductions to ensure that all of the original text is read.

Microcopy Resolution Test Chart
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)

PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

24x

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

Collection MICROLOG sur Micromédia
Tableau de résolution

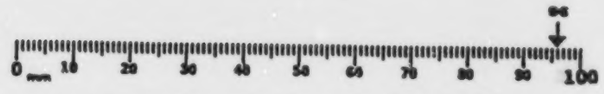
Droits d'auteurs

Les droits d'auteurs du conenu de cette microfiche sont détenus par l'éditeur du document original. Veuillez communiquer avec celui-ci pour obtenir des renseignements sur tout ce qui touche les droits d'auteurs. Les droits d'auteurs de cette édition sur microfiche sont détenus par Micromédia Limitée.

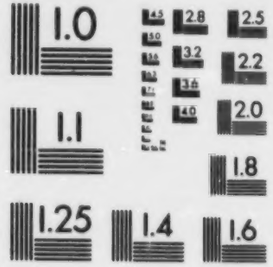
Qualité de reproduction sur microfiche

Micromédia Limitée maintient les normes de reproduction micrographique les plus élevées. Elle fait tout son possible pour obtenir la version sur papier à reproduire sur microfiche de la meilleure qualité possible. Cependant, certains styles d'imprimerie, de couleurs et de style de mise en page graphique (incluant des cartes, des grahiques et des tableaux) se reproduisent mal. En raison de la valeur du document original, Micromédia l'a reproduit tout en reconnaissant qu'il ne sera peut-être pas aussi lisable que le document original.

Tableau de résolution micrographique
National Bureau of Standards
Standard Reference Material 1010a
(ANSI and ISO Test Chart No. 2)



PM-1 3½"x4" PHOTOGRAPHIC MICROCOPY TARGET
NBS 1010a ANSI/ISO #2 EQUIVALENT



MS109

24x

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street, Toronto, ON M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161

A SECOND DIAGNOSTIC ON THE HEALTH OF FIRST NATIONS AND INUIT PEOPLE IN CANADA

November, 1999

Tables of Contents

1. INTRODUCTION 4

2. POPULATION 4
2.1 The Population 5

3. HEALTH STATUS 6
3.1 Chronic Diseases 7
3.2 Mortality 8
3.3 Potential Years of Life Lost 10
3.4 Life Expectancy 10
3.5 Elder Health 11

4. SOCIOECONOMIC ENVIRONMENT 11
4.1 Unemployment and Social Assistance 11
4.2 Education 11
4.3 Occupation 12
4.4 Income 12
4.5 Single-Parent Families 13
4.6 Interaction with the Justice System 14

5. PHYSICAL ENVIRONMENT 14
5.1 Homelessness 14
5.2 Housing 14
5.3 Infrastructure 16
5.4 Tuberculosis 16
5.5 Environmental Contaminants 18

6. PERSONAL HEALTH PRACTICES 18
6.1 Smoking 19
6.2 Alcohol, Substance and Solvent Abuse 19
6.3 Problem Gambling 20
6.4 Physical Activity 20
6.5 Overweight 20
6.6 Dental Health 21
6.7 HIV/AIDS 21

7. INDIVIDUAL and COMMUNITY COPING SKILLS 21
7.1 Suicide 22
7.2 Family Violence 22
7.3 Residential Schools 23
7.4 Traditional Language and Culture 23

7.5 Disability and Activity Limitations 24

8. HEALTHY CHILD DEVELOPMENT 24
8.1 Infant Mortality 24
8.2 Birth Weight 24
8.3 Teenage Pregnancy 25
8.4 Smoking During Pregnancy 25
8.5 FAS/FAE 25
8.6 Breast-Feeding 25
8.7 Childhood Health Problems 26
8.8 Immunization 26

9. HEALTH SERVICES 27
9.1 Unmet Health Care Needs 27
9.2 Physician Utilization 28
9.3 Dental Utilization 28
9.4 Hospitalization Rate 28
9.5 Pharmacy Utilization 29
9.6 Per Capita Health Care Expenditures 29

10. FIRST NATION AND INUIT CONTROL 29
10.1 Transfer Agreements 29
10.2 Aboriginal Health Professionals 30
10.3 Training and Capacity Building 30

11. CONCLUSION 30

REFERENCES 32

APPENDIX A: DEFINITION OF TERMS 40

APPENDIX B: METHODOLOGY 43

1. INTRODUCTION

In December 1996, a document entitled "Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People" was completed and described the health status of First Nations and Inuit people living in Canada, based on the known research and statistical evidence at that time.

The need to update that document to reflect more recent conditions and trends was identified by Aboriginal groups and Federal government departments which deal with Aboriginal issues. The "Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada" aims primarily to describe the health status of First Nations and Inuit people across the country, thereby raising awareness of some of the key issues that have an impact on the health of that population. Analysis of key health indicators and determinants may also provide direction to Federal and Provincial governments, Aboriginal organizations and other organizations interested in Native health issues in identifying needs, setting goals and priorities, developing programs and services, and formulating policies.

Due to limitations in the availability of information on the Métis and the Non-status Indian populations, the content of this document relates primarily to First Nations and to a lesser extent to the Inuit population. However, information is provided on the Métis and the Non-status Indian where data are expressed for the total Aboriginal population.

The framework used to analyze the information in the "Second Diagnostic" is based on the "Health Determinants Model", which complements the holistic view of health held by First Nations and the Inuit. Aboriginal people believe that health has physical, social, emotional and spiritual dimensions that are inter-related and that need to be in balance for optimum health. These facets of health are subject to complex interactions among population structure, socioeconomic factors, physical environments, lifestyles, individual and community characteristics, and health services.

It is advisable to use caution when interpreting and using the information contained in this document due to limitations in data availability (and sometimes validity and reliability), geographical variations and differences among sub-populations. The report is meant to provide a general overview of the health status of First Nations and Inuit people at a national level. However, there may be wide variations among provinces and territories and among regions as well as among the different subgroups of the Aboriginal population. Such a breakdown is beyond the currently available data resources and the scope of this document.

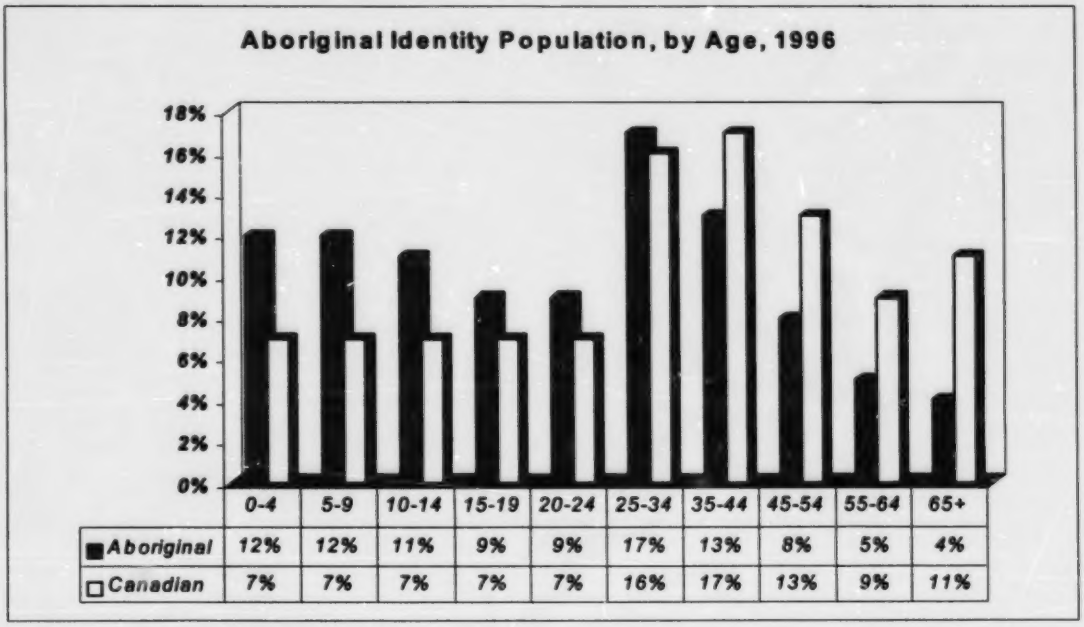
2. POPULATION

The size, age structure and geographical distribution of a population have an impact on its health status and needs.

2.1 THE POPULATION

According to the 1996 Census, 799,010 people identified themselves as Aboriginal, representing close to 3% of the Canadian population. About two-thirds were North American Indians, one-quarter was Métis and one in 20 was Inuit.[1] The gender distribution in the Aboriginal population was very similar to the national distribution, with the proportion of men and women almost the same.[2] However, as Figure 1 illustrates, the age distribution in the Aboriginal population was different than the general Canadian population. In 1996, the average age of the Aboriginal population in Canada was 25.5 years, 10 years younger than the average of 35.4 years in the general population. A little over one-third (35%) of Aboriginal people were younger than 15 years of age, compared to about 21% for the general population while only about 4% were 65 years of age or older, compared to approximately 12% in the general Canadian population.[1]

Figure 1



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Aboriginal	12%	12%	11%	9%	9%	17%	13%	8%	5%	4%
Canadian	7%	7%	7%	7%	7%	16%	17%	13%	9%	11%

Source: Statistics Canada (1998)
Note: Figures may not add to 100 percent due to rounding.

In 1996, the largest proportions of Aboriginal people lived in Ontario (17.7%), British Columbia (17.5%) and Manitoba (16.1%) while few lived in the Yukon (0.8%) and in Prince Edward Island (0.1%). Ontario had the largest proportion of North American Indians (21.4%), Alberta had the largest Métis population (24.1%), while the Northwest Territories had the largest Inuit population (59.9%). However, the concentration of Aboriginal people was the highest in the Northwest

Territories, with almost two-thirds (61.9%) of the latter's total population being Aboriginal. The Yukon, Manitoba and Saskatchewan had concentrations of 20.1%, 11.7% and 11.4%, respectively. In contrast, Native people accounted for less than 1% of the Prince Edward Island population.[1]

Although 30% of the total Aboriginal population lived in Canada's 25 census metropolitan areas, only 6% of Inuit people resided in those areas.[3]

In 1997, there were 623 registry groups or bands in Canada. The average number of people in a band was 1,006, with a range of less than 100 people to more than 2,000 members.[4]

In 1996, almost half (46.6%) the total number of persons registered under the *Indian Act* lived on a reserve. The proportions of Registered Indians living on a reserve ranged from close to three-quarters (73.0%) in Nova Scotia to 2.0% in the Northwest Territories.[5]

In 1996, 17.7% of on reserve Registered Indian people lived in a special access zone, which means they had no year-round road access to the nearest service centre where supplies, material and equipment, skilled and semiskilled labour, financial institutions, health and hospital services and other provincial and federal services were available. Two percent (2.0%) lived in a remote area, i.e., located more than 350 km from the nearest service centre with year-round road access.[6]

The fertility rate among the Aboriginal population is about 69% higher than the rate for the general Canadian population. In 1996, there were 491 children less than five years of age for every 1,000 Aboriginal women of childbearing age, compared to 290 children per 1,000 women in the total population. This partially accounts for the higher population growth rate in Aboriginal people than in the general Canadian population.[1]

In 1985, Bill C-31 restored Indian status to those who had lost status based on gender and marital status. This *Act* played a significant role in the Aboriginal population growth. In fact, 19,199 additions were made to the Indian Register in 1987 and Bill C-31 registrants accounted for more than 17% of the total Registered Indian population in 1996.[6] The on reserve Status Indian population is growing at a rate of 2.1% a year while the off reserve Status population is growing by 2.9% annually, about twice the national rate. The Status Indian population is projected to grow by 20% between 1998 and 2008, compared to 10% for the overall Canadian population.[7]

3. HEALTH STATUS

Historically, the Aboriginal population has had a poorer health status than the non-Aboriginal population.

3.1 Chronic Diseases

In 1997, as Table I indicates, the prevalence of self-reported chronic diseases in First Nations and Labrador Inuit people was higher than in the general Canadian population. This applied to all age groups and both genders.[8-9] The prevalence was also higher than in the 1991 Aboriginal Peoples Survey and presented complex co-morbidities.[10-11] Heart disease, high blood pressure and diabetes are considered relatively "new" illnesses in Aboriginal communities. Although the self-reported prevalence of cancer was relatively low (1.5% in men and 2.8% in women) compared to other chronic conditions, there has been an apparent increase in cancer in Aboriginal people over the years[10, 113] although the extent to which the increase is due to improved reporting is unknown.

Table I – Chronic Diseases

Chronic Condition	Gender	Age Adjusted Prevalence (%)		FN&I/Canadian Ratio
		First Nations and Labrador Inuit (FN&I)	General Canadian Population	
Heart Problems	Male	13	4	3.3
	Female	10	4	2.5
Hypertension	Male	22	8	2.8
	Female	25	10	2.5
Diabetes	Male	11	3	3.7
	Female	16	3	5.3
Arthritis/Rheumatism	Male	18	10	1.8
	Female	27	18	1.5

Sources: First Nations and Inuit Regional Health Survey (1999) and National Population Health Survey 1994/95 (1996).

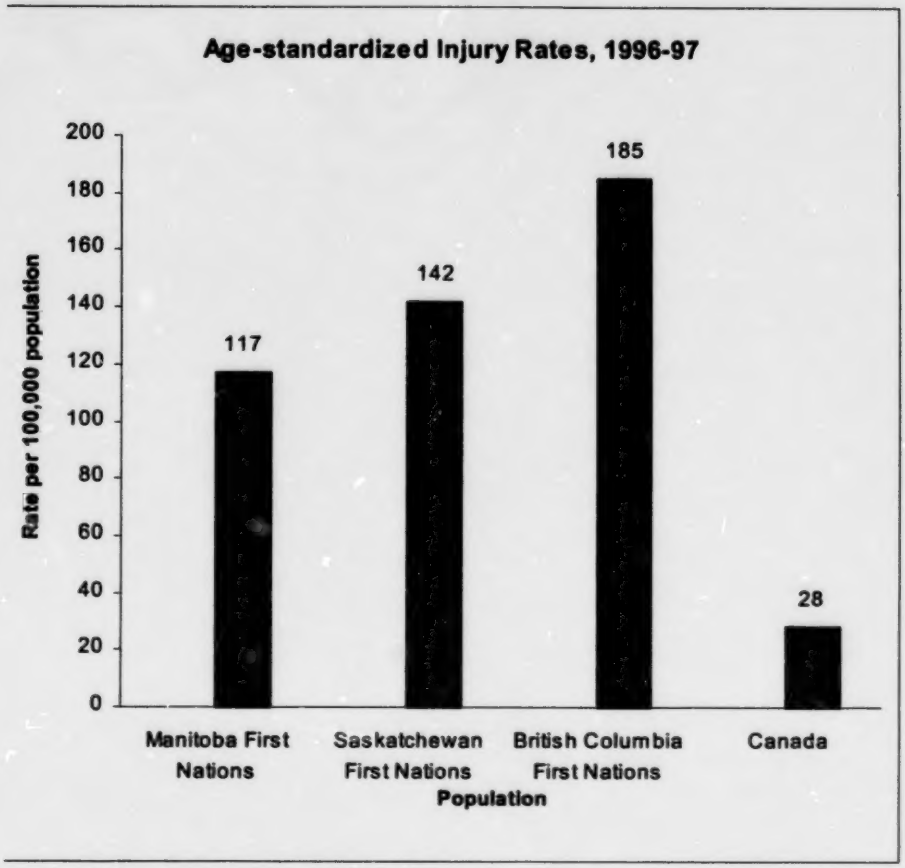
Diabetes is especially problematic in First Nations populations, where it tends to be predominantly of the non-insulin-dependent type. The age at onset is younger and complications, such as end stage renal disease and cardiovascular risks, are more frequent and appear to develop faster in Native people.[10,12-15] Even with no change in the frequency with which new cases occur, the estimated number of diabetic First Nations people in Manitoba will triple by the year 2016 (from 16% to 27%).[12,14] The Sandy Lake First Nation community in northwestern Ontario has a diabetes rate of 26%, the third highest rate in the world and four to five times the national average.[16,12] A genetic predisposition to fat storage combined with a less active lifestyle and a high-fat diet have been found to play a role in the onset of diabetes in the Ojibway and Cree living in that small community.[16] Body mass index was found to be an independent and significant predictor of diabetes[17] and a very low fiber intake was associated with newly diagnosed diabetes.[18] Moreover, according to the First

Nations and Inuit Regional Health Survey, less than two-thirds of diabetic First Nations and Labrador Inuit individuals had attended diabetes clinics or received diabetes education.[10]

3.2 Mortality

In 1996-97, First Nations and Inuit people from Eastern Canada, the Prairies and the Western Provinces had mortality rates that were up to almost 1.5 times higher than the 1996 national rate.[19-25] Although only crude rates are available from the Atlantic provinces and Quebec, aboriginal people from these locations had a mortality pattern similar to the total population, with diseases of the circulatory system being the main cause of death, followed by cancer and injuries and poisonings.[19-20,26]

Figure 2



Sources: Manitoba MSB Regional Office, Saskatchewan MSB Regional Office, British Columbia Vital Statistics Vital Agency, Statistics Canada (1998).
Notes: The rates for First Nations are for 1997 while the rate for Canada is for 1996. Data for Canada is for 1996. Data for Atlantic and Quebec are not shown in the figure because only crude rates were available. Data for Alberta was unavailable.

In contrast, the leading cause of death in Native people from the Prairies and British Columbia was injuries and poisonings, followed by diseases of the circulatory system and cancer.[21-22,24] However, as Figure 2 illustrates, First Nations and Inuit people were up to about 6.5 times more likely than the total Canadian population to die of injuries and poisonings. The mortality rate attributed to injuries and poisonings was higher in men in both populations.

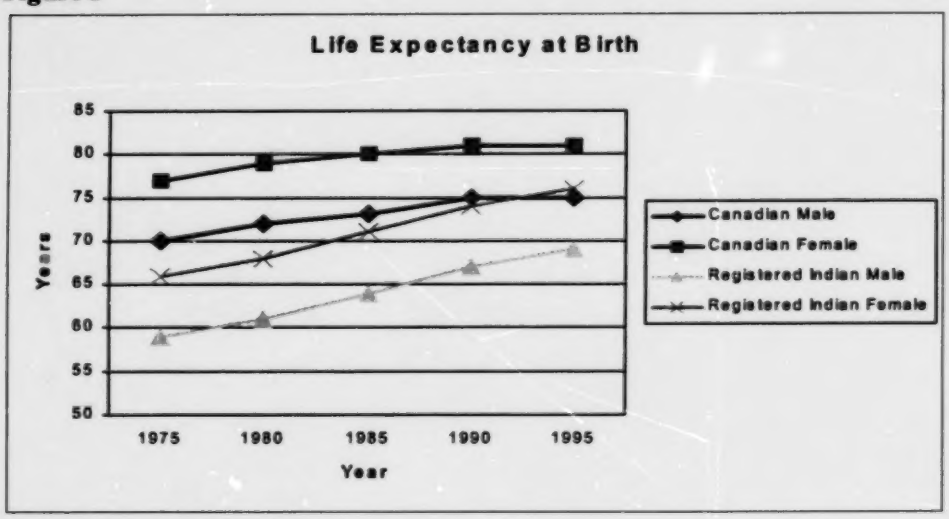
3.3 Potential Years of Life Lost

Data from the Prairies and British Columbia indicate that in 1997, injuries and poisonings were the leading causes of potential years of life lost (PYLL), almost half of the total PYLL. Premature deaths due to injuries and poisonings in those provinces were up to almost seven times higher than for other causes.[21-22,24] In contrast, the main cause of PYLL in the general Canadian population in 1995 was cancer, although injuries were the principal causes of premature mortality in men and the second leading causes of PYLL in women, along with cardiovascular diseases.[27]

3.4 Life Expectancy

As Figure 3 demonstrates, life expectancy in the Registered Indian population increased by about 10 years between 1975 and 1995.[6] This may be partly due to a decrease in the infant mortality rate and to the influx of Bill C-31 registrants who tended to be relatively young. In 1995, the life expectancy at birth was 69.1 years for men and 76.2 years for women, about a 7 year difference between the genders.[6] In that same year, the life expectancy in the general Canadian population was 75.4 years for men and 81.3 years for women, a difference of about 6 years between the genders.

Figure 3



Sources: DIAND (1998) and Statistics Canada

Men in the general Canadian population were expected to live 6.3 years more than Registered Indian men. Canadian women in the general population were expected to live 5.1 years more than Registered Indian women. Although the gap between the genders has been slowly narrowing in the general Canadian population since the early 1970s,[28-31] it has slightly increased in the Registered Indian population between 1975 and 1980, after which it has remained stable.[6] It is interesting to

note that in 1995, the life expectancy of Status Indian women exceeded that of non-aboriginal Canadian men.[6,31]

3.5 Elder Health

In 1997, a little over half of First Nations and Labrador Inuit men aged 45 and older and a little over one-third of elder women reported excellent or good health.[8] In contrast, in the previous year, about three-quarters of seniors (the closest available comparison group) in the general Canadian population reported excellent, very good or good health.[32] The main health problems reported by older women in the First Nations and Labrador Inuit population were (in order of frequency): hypertension, arthritis/rheumatism, diabetes, and heart problems.[8] Women in the general Canadian population suffered mainly from arthritis/rheumatism, hypertension, heart problems, and diabetes, in that order.[9] First Nations and Labrador Inuit elderly men reported health problems such as hypertension and arthritis/rheumatism, heart problems, and diabetes,[8] in the same order of frequency as men in the general Canadian population.[9] However, the prevalence of chronic health conditions in First Nations and Labrador Inuit elders was higher than in seniors from the general Canadian population for both genders.[8-9]

4. SOCIOECONOMIC ENVIRONMENT

The socioeconomic environment of a population, as expressed by education, employment, and income is a strong predictor of health status.

4.1 Unemployment and Social Assistance

The unemployment rate on the reserves was about 29% in 1997-98, almost triple the official national rate of 10%.[7] Moreover, over one-third of FNIRHS respondents saw no progress in employment opportunities between 1995 and 1997.[33] In 1997, dependency on social assistance on reserve was 46%, four times the Canadian rate.[34] In the previous fiscal year, the average number of recipients of social assistance per month in the on reserve Registered Indian population was 68,790, or about one in five people who lived on reserve.[6] In 1997, the estimated number of recipients of provincial and municipal social assistance in the general Canadian population was 2,774,900, or about one in ten Canadians[35].

4.2 Education

In 1996, 54% of the Aboriginal population aged 15 and over did not have a high school diploma, compared to 35% of the non-Aboriginal population. Only 4.5% of Aboriginal people had a university degree or certificate, compared to 16% of non-Aboriginal people. However, there was some improvement in the educational attainment of Aboriginal people between 1981 and 1996. The proportion of Aboriginal people in their twenties with a post-secondary degree or diploma climbed from 19% to 23% while those with a university degree or certificate increased from 3% to 4%. During those fifteen years, the proportion of Aboriginal people with less than a high school education decreased from 59% to 45%.[36]

These improvements in the levels of education among Aboriginal people may be due to the increased number of band-operated schools (from 262 in 1987-88 to 448 in 1997-98),[7] increased federal funding for post-secondary education (from $109 million in 1987-88 to $274 million in 1997-98) and the expansion of Aboriginal Studies programs to more than 13 Canadian universities by 1980. In late 1997, 98% of schools on reserves were administered by First Nations themselves and many communities had their own high schools,[37] thereby preserving Native traditions in the education system. The responses to the FNIRHS demonstrate that improvement, with over three-quarters of survey participants having perceived progress in cultural programs in school between 1995 and 1997.[33] An additional positive outcome of the First Nations control of their education is the observed increase in the percentage of on reserve students remaining until Grade 12 for consecutive years of schooling, from 37% in 1987-88 to 74% in 1997-98.[7]

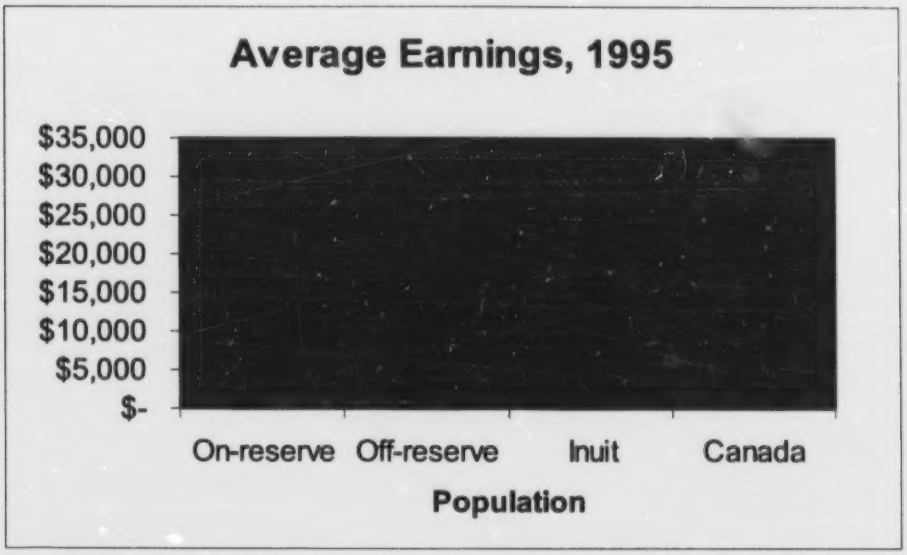
4.3 Occupation

In 1995, almost one-third of working Aboriginal people 15 years of age and older worked in sales and service, compared to about one-quarter of the non-Aboriginal population.[38] In that same year, occupations in sales and service accounted for a little over two-thirds of the 25 lowest paying occupations in Canada. On the other hand, management accounted for almost half of the top paying fields.[39] The proportion of Aboriginal workers in management was about 1.5 times lower than that of the non-Aboriginal workforce.[38] Health occupations and jobs in natural and applied sciences represented the second and third most frequent categories in the 25 highest paying occupations, respectively.[39] The Aboriginal labour force in those two categories was only half that of the non-Aboriginal population.[38] The occupational distribution of Aboriginal people may contribute somewhat to their lower mean employment income.

4.4 Income

In 1995, the average employment income of Aboriginal people was $17,382, about 1.5 times lower than the national average of $26,474.

Figure 4



Source: Statistics Canada (1998).
Note: Consideration should be taken of the fact that status aboriginal people do not pay income tax, thus narrowing the apparent gap in earnings.

The average earnings in the on reserve population was $14,055, 24% lower than in Aboriginal people who lived off reserve (see Figure 4). About three-fifths of the difference between the average earnings of Aboriginal people and the total Canadian population can be explained by the lower number of full-time Aboriginal workers, a higher proportion of Aboriginal earners under the age of 35, and a larger number of Aboriginal workers who did not have a high school diploma. In that same year, 44% of the Aboriginal population was below Statistics Canada's low income cut-offs, compared to 20% of the total Canadian population. The rate of Aboriginal children who lived in low-income families was more than twice the national rate, which may be partly explained by the larger number of single-parent families in the Aboriginal population.[39]

4.5 Single-parent Families

In 1996, almost one-third (32%) of Aboriginal children under the age of 15 lived in a single-parent family, twice the rate within the general Canadian population.[1] This increased their vulnerability to poverty since lone-parent families had average family incomes that were half those of all families in 1995.[39]

4.6 Interaction with the Justice System

In 1996-97, Aboriginal people accounted for 15% of sentences to federal correctional facilities and 16% of total provincial/territorial sentences although they represented only about 3% of the general Canadian population. In Western Canada, Aboriginal people were over represented in custody sentences. In Saskatchewan, they accounted for 74% of sentences to provincial correctional institutions, almost seven times their share of that province's population.[40]

5. PHYSICAL ENVIRONMENT

The physical environment is an important factor in the exposure to risks such as infectious organisms, chemical and biological contaminants, stress levels, and injury.

5.1 Homelessness

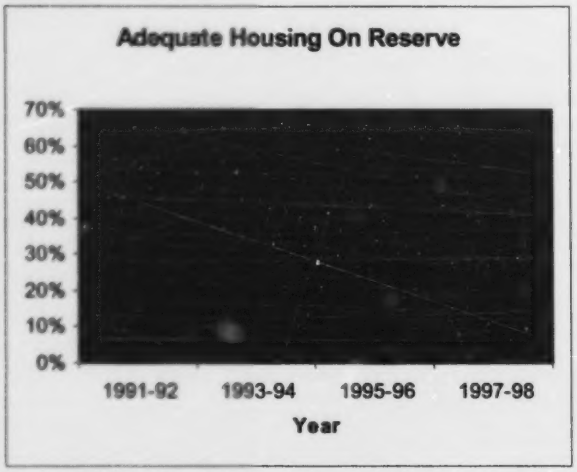
Aboriginal people appear to be the largest population sub-group that is the most at risk of becoming homeless in Canada. Risk factors for homelessness which include high unemployment, welfare dependency, poverty, substance abuse, physical and mental health problems, and domestic and sexual abuse, tend to be more common in Aboriginal communities. Moreover, Native people sometimes face racism and discrimination in the housing market. Many live in poor housing and severely depressed conditions on reserves and in remote communities, leading them to migrate to urban areas in search of jobs, education and better housing. However, because of their attachment to the reserve, indigenous people regularly alternate between living on the reserve (in the Summer) and in the city (in the Winter), resulting in frequent searches for a place to live while in the city. Shelters and agencies which serve the homeless across Canada have reported proportions of Aboriginal clients ranging from about 10% in Ottawa-Carleton women's shelters to approximately 70% in Yellowknife and in runaway youths in Winnipeg. Most estimates hovered around 50%.[41]

5.2 Housing

In 1991, the average number of persons per occupied private dwelling for the on reserve Registered Indian population was 4.1, compared to 2.7 for the total Canadian population. Crowding was especially prevalent in the Prairie provinces and in Quebec.[42] Twenty-two percent (22%) of on reserve dwellings had more than one person per room, compared to only 1% in the rest of Canada.[7] Crowding on reserves may be partly explained by a larger average family size in the First Nations and Inuit population and by smaller homes. About 10% of respondents of the FNIRHS lived in families with over 4 children up to 11 years of age living at home,[43] compared to none of the respondents of the National Longitudinal Survey of Children and Youth.[44] In 1996, band housing was characterized by a lower average number of rooms per dwelling than that for non-band dwellings.[45] Crowded living conditions can lead to the transmission of infectious diseases such as tuberculosis, hepatitis A and shigellosis,[43] which epidemiological reports show considerably higher rates in provinces/territories with higher concentrations of Aboriginal people.[46] Overcrowding can also increase the risk for injuries; mental health problems; family tensions and violence.[11,47]

In 1997-98, the percentage of adequate houses on reserve was 54%, up from 46% in 1991-92 (see Figure 5).[7] Over two-thirds of the respondents of the FNIRHS perceived progress in housing quality between 1995 and 1997.[33] However, the condition of band housing is still poorer than non-band dwellings. In 1996, band houses were over four times more likely to need major repairs than non-band dwellings (37% versus 8%, respectively) and more likely to need minor repairs (33% versus 26%).[48] The remote location of many First Nations communities leads to higher construction costs because of the delivery of materials from distant building supply centres. The situation is even more striking in the northern regions where higher building standards are required to provide shelter from severely cold temperatures.[47]

Figure 5



Source: DIAND (1998)

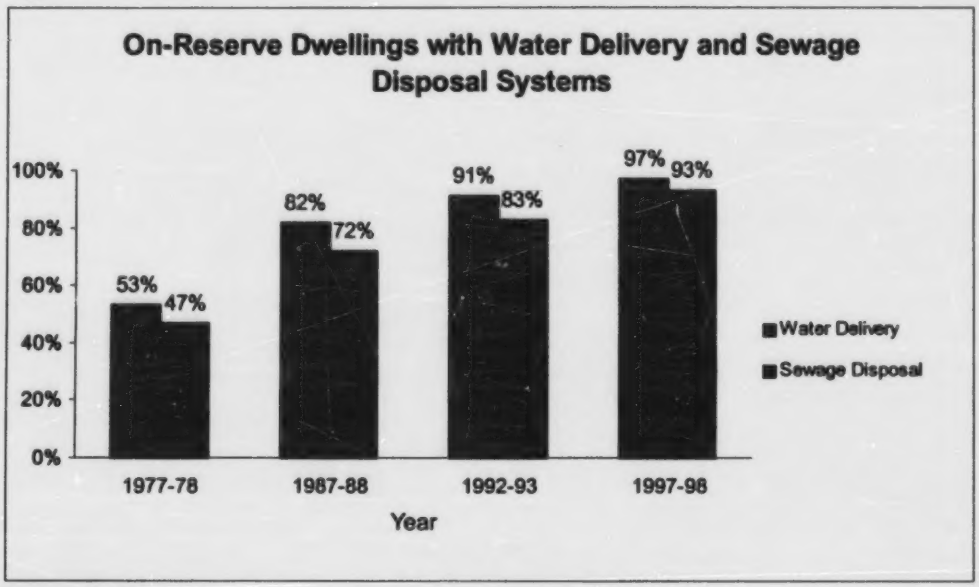
Without efficient ventilation systems, the combination of severe cold, tightly sealed dwellings and the possibility of overcrowding can create high levels of humidity for extended periods of time. Prolonged high humidity can promote the growth of molds which are known to induce a variety of adverse human health effects including respiratory and immune system illnesses.

Mold growth is a recently identified issue in aboriginal housing; the full extent and impact on health is not yet known. A number of federal agencies including Health Canada, Canada Mortgage and Housing Corporation and Department of Indian Affairs and Northern Development are actively undertaking environmental monitoring and human health studies to determine the nature and scope of the risk and to identify effective remediation. In addition, a number of information products have been developed to inform residents[109], band management[110] and environmental health workers[111] on issues and best practices for mold reduction and/or elimination.

5.3 Infrastructure

In 1997-98, 97% of on reserve dwellings had adequate water supply while 93% had adequate sewage disposal systems, up from 82% and 72%, respectively, in 1987-88 (see Figure 6).[7] Over three-quarters of the FNIRHS respondents believed there had been progress in water and sewage systems between 1995 and 1997.[33]

Figure 6



Source: DIAND (1998)

5.4 Tuberculosis

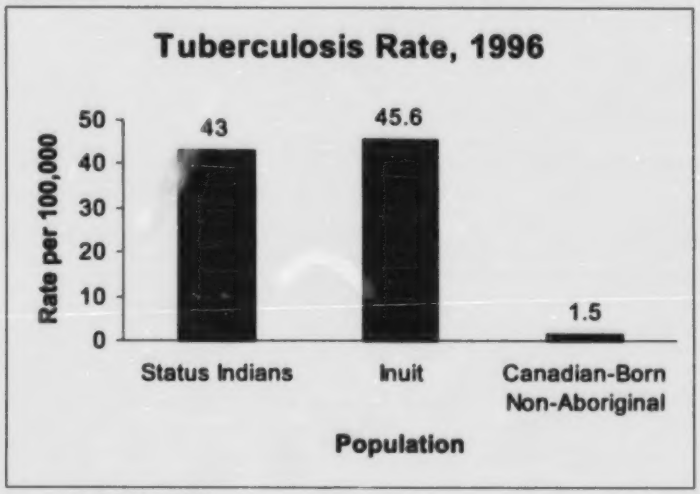
Between 1991 and 1996, the incidence of tuberculosis in First Nations and Inuit communities decreased from 58.1 per 100,000 with an average annual decline of 7%. During this period of time, age standardized incidence rates among First Nations persons on reserve were on average six times higher than the rates for the non-First Nations population (40 per 100,000 vs. 7 per 100,000). The current incidence TB among First Nations persons on reserve are on par with rates seen among the foreign-born in Canada and are 18 times higher than Canadian-born non-Aboriginal population. Rates were similar between men and women and higher rates were seen among the very young (0 to 4) and the elderly (65+). Among MSB regions in 1996, TB rates were highest in Saskatchewan at 105 per 100,000 and lowest in the Atlantic region at 0 per 100,000.

Table II - Age Standardized Tuberculosis Incidence Rates for First Nations on Reserve:1991-1996

Year	# of TB Cases among FN on Reserve	Age Standardized TB Incidence rate among FN on Reserve	# of TB Cases in Canada	Age Standardized TB Incidence Rate in Canada
1991	161	58.1	2018	7.2
1992	204	72.4	2108	7.2
1993	122	42.4	2012	7.4
1994	123	45.2	2074	6.9
1995	124	43.4	1930	7.1
1996	101	35.8	1849	6.5

Source: Numerator data from LCDC, denominator data from INAC.
Age standardization was based on the 1991 Canadian population

Figure 7



Source: LCDC (1998)

The considerable variations in tuberculosis occurrence by population group, MSB Region, calendar year, bacillary status and other factors is detailed in a recent publication[108].

5.5 Environmental Contaminants

Environmental contaminants such as polychlorinated biphenyls (PCBs) and mercury can pose health risks to children (especially to the developing fetus and newborn infants), such as developmental problems and toxic effects on the immune system.[50-52] First Nations and Inuit people are more at risk of exposure to environmental contaminants due to their traditional diet of fish and marine mammals, in which the contaminants tend to accumulate.[51-52] Moreover, the levels of methylmercury in the water systems have increased because of hydro-electric reservoirs, mining operations and the pulp and paper industry.[51]

Over 60% of Inuit children under the age of 15 and almost 40% of Inuit women of childbearing age on Broughton Island, Nunavut have PCB body burdens exceeding Health Canada's "tolerable" guidelines.[53] A study in Quebec found that between 1993 and 1996, the concentrations of PCB in newborn children in Quebec Inuit and the Montagnais of the Lower and Mid Shore of the St. Lawrence River were four times higher than the concentrations in Southern Quebec infants. Moreover, the PCB concentrations in the Quebec Inuit and Montagnais newborns were over the threshold beyond which cognitive impairments are expected to result. The concentrations of mercury in the Quebec and Northwest Territories Inuit were six to fourteen times higher than the levels in the newborn Southern Quebec population and above the threshold for the appearance of neurological impairments.[51] However, another study found that the proportion of the Cree population in the James Bay area with mercury levels exceeding 15.0 mg/kg decreased from 14.2% in 1988 to 2.7% in 1993-94, with wide variations among communities.[54] Nevertheless, as Clarkson[55] points out, recently revised Health Canada guidelines indicate that there could be health risks with as little as 1 mg/kg of mercury.

The fear of contamination can lead to changes in eating patterns and lifestyles, which can lead to negative health consequences because game meat and fish are important sources of essential nutrients.[51,56] Moreover, these changes in the traditional ways of life for Aboriginal people weaken their spiritual bond with the land and adds to the problem of cultural disruption.[56] FNIRHS responses show that over one-third of respondents perceived no progress toward a renewed relationship with the land in their communities.[33]

6. Personal Health Practices

Lifestyle, composed of knowledge, beliefs, attitudes, and behaviours can affect an individual's risk of developing chronic health problems.

6.1 Smoking

In 1997, 62% of First Nations and Labrador Inuit individuals 15 years of age or older smoked,[57] a rate that is a little over twice as high as the general Canadian population in 1996-97 (29%).[58] The self-reported smoking rate in the FNIRHS was unchanged from the 1991 Aboriginal Peoples Survey.[57] The ratio of Aboriginal and non-Aboriginal smokers was similar in the Northwest Territories in 1996.[59] In the FNIRHS, the smoking rate decreased with age, just as it did in the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS).[58] First Nations and Labrador Inuit started to smoke as early as 6 to 8 years of age, with a rapid increase in initiation at ages 11 and 12 and a peak at age 16.[57] The general Canadian population has a similar peak age at initiation.[58] First Nations and Inuit smokers were more likely to suffer from a chronic condition. Furthermore, smoking rates were negatively associated with educational attainment.[57]

6.2 Alcohol, Substance and Solvent Abuse

Alcohol and substance abuse is considered a major problem in Aboriginal communities.[59-62] In 1996-97, 46% of people in detoxification and treatment facilities in the Regina Health District were of First Nations or Métis descent.[60] Information derived from addiction treatment centres, alcohol-related hospitalizations, and deaths due to violent causes (such as suicide) indicate that alcohol is the abused drug of choice and that the negative consequences of alcohol and substance abuse are more severe in indigenous Canadians.[62] Aboriginal youth are at two to six times higher risk for every alcohol-related problem than their non-Aboriginal counterparts in the Canadian population. A report by the Canadian Centre on Substance Abuse and the Addiction Research Foundation of Ontario suggest that Aboriginal men may be more apt to abuse alcohol while women tend to abuse drugs alone.[61] Binge drinking seems to be a pattern among Native people[59,62] which has particular implications during pregnancy.

In 1996, Aboriginal people 15 years of age or older living in the Northwest Territories were almost three times more likely than non-Aboriginal residents to have used marijuana or hashish in the past year and three-and-a-half times more likely to have used LSD, speed, cocaine, crack or heroin.[59] The situation in the First Nations and Inuit population does not appear to be improving. More than half of the FNIRHS respondents perceived no progress in the reduction of alcohol and drug abuse between 1995 and 1997.[33]

The use of solvents and non-beverage alcohol among Native children seems to be widespread.[62] One in five Aboriginal youths has used solvents and one-third of users is under the age of 15. Over half began to use solvents before reaching 11 years of age.[61] According to the 1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey, Aboriginal people aged 15 or over were about eleven times more likely to have ever sniffed solvents or aerosols than the non-Aboriginal respondents and almost twenty-four times more likely than the rest of Canada.[59]

6.3 Problem Gambling

The National Council of Welfare reported in 1996 that indigenous people benefit directly from some casino operations in Saskatchewan, Ontario and Nova Scotia and that charitable gaming takes place on many reserves. It cites two Alberta studies that present a picture of gambling problems in Aboriginal people in that province. In 1995, a report by the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission indicated that almost half of a sample of Aboriginal students from grades 5 to 12 were problem gamblers or at risk of becoming one. The other study examined the problem in Alberta Native people 15 years of age and older in 1994. Twenty-two percent (22%) were considered problem gamblers, 40% were moderate pathological gamblers and 15% were severe pathological gamblers. Problem and pathological gamblers spent almost three times as much per month on gambling than their non-Aboriginal counterparts in Alberta. Over 40% borrowed from a spouse or relative to support their habit and over one-third used money from social assistance or Family Allowance. They also had other addictions. Seventy-three percent (73%) were currently smoking, 60% were recovering from alcohol or drug abuse, while 26% were currently abusing alcohol or drugs.[63]

6.4 Physical Activity

The erosion of the traditional ways of life among some Aboriginal people has resulted in the reduction or elimination of the need to fish, hunt or trap in order to survive, leading to a more sedentary lifestyle.[16,64] A study in the early 1990s found that only 18.8% of Northwest Territories Inuit men between the ages of 13 and 39 and 11.6% of women between the ages of 13 and 29 were physically active. The low fitness level was attributed to acculturation,[65] i.e. the social integration and contact of Aboriginals with the non-native population.

6.5 Overweight

Overweight appears to be a major health problem among Aboriginal Canadians, especially among women. A recent study found a higher prevalence of overweight among First Nations people than among Canadians from a European ancestry in Northern Ontario. Twenty-nine percent (29%) of youth between the ages of 5 and 19 and 60% of adult women were considered obese. There was a greater fat centralization among First Nations individuals,[66] i.e. fat tended to be primarily distributed in the abdominal area. An earlier study of adult Cree and Ojibwa Indians in Northern Canada found a high proportion of overweight in all age and sex groups, with almost 90% of women between the ages of 45 and 54 having a body mass index of at least 26. They also found a primarily central fat distribution.[17] High levels of overweight were also found in Mohawks of Kahnawake, Quebec, with 86% of diabetic subjects and 74% of non-diabetic individuals being obese (Montour, Macaulay & Adelson, 1989).[67] In contrast, 19% of the general Canadian population between 20 and 64 years of age were considered overweight in 1996-97.[32] Possible genetic factors, in conjunction with diet and physical activity, may explain the findings.

Aboriginal people may be genetically predisposed towards overweight, as reflected by a high weight

for height growth pattern in Inuit children and youth.[68-69] Moreover, the tendency towards a high waist for hip circumference ratio increases the health risks associated with overweight. A review conducted in the mid-90s found that fat centralization increases the risks for coronary heart disease, stroke, diabetes, breast cancer, and gallstones. In some cases, the distribution of body fat played a stronger role than total weight in the predisposition towards various disorders.[70]

6.6 *Dental Health*

In 1991, the national total mean Decayed, Missing, Filled Teeth (DMFT) of 12-year old First Nations children was 4.4, ranging from a high of 6.2 in Quebec to a low of 2.1 in the Yukon. This represented a significant improvement over the last two decades.[71] However, it was about two to three times higher than the DMFT for non-Aboriginal children in Canada[72-75] Moreover, according to the FNIRHS, 22% of respondents reported experiencing dental problems or pain in the past month and about half needed dental treatment at the time of the survey. Dietary changes may have brought an increase in dental problems.[76]

6.7 HIV/AIDS

While the trend in the reported number of AIDS cases has shown a decline in the general Canadian population since 1994,[77] the annual number of Aboriginal AIDS cases has risen dramatically. By the end of 1997, the prevalence of AIDS was estimated at 33.2 per 100,000 Aboriginal people,[78] almost eleven times higher than the national rate in 1996 (3.1 per 100,000 population).[46] In fact, the proportion of AIDS cases attributed to Aboriginal people has risen from 2% of all cases in Canada in 1989 to over 10% in 1996-97. The age at diagnosis was lower in Aboriginal people than in the non-Aboriginal population, with 29.8% of Aboriginal individuals diagnosed before the age of 30, compared to 18.6% of individuals from the general population. Aboriginal women were more than twice as likely to have AIDS than non-Aboriginal women (15.9% versus 7.0% of total cases, respectively). Aboriginal AIDS cases were more often attributed to injection drug use than were non-Aboriginal cases (19.0% versus 3.2% for men, 50.0% versus 17.4% for women). Aboriginal people are over-represented in groups at risk for HIV infection, such as injection drug users and prison inmates.[78]

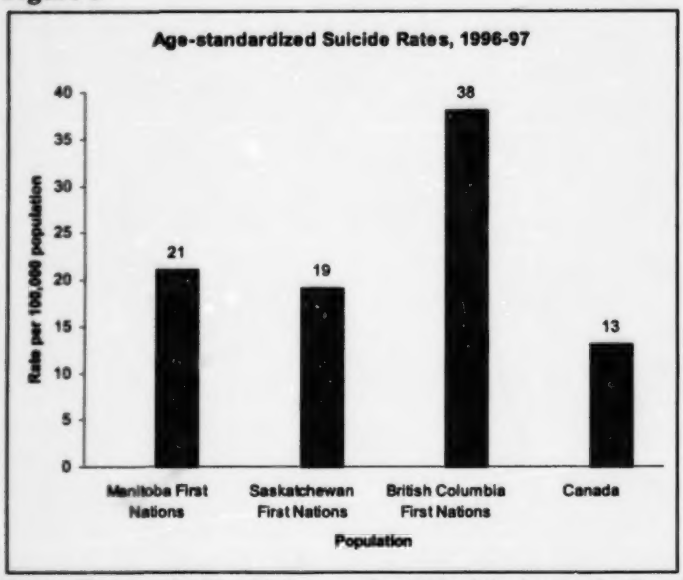
7. INDIVIDUAL AND COMMUNITY COPING SKILLS

The health of a population is also influenced by the capacity and coping skills of its individuals and communities.

7.1 Suicide

Data from Eastern Canada, the Prairies, and British Columbia show that First Nations and Inuit people had a suicide rate in 1997 that was up to almost three times higher than the 1996 rate for the total Canadian population, as illustrated in Figure 8.[19-22,24,26] The 1996 crude suicide rate in Northwest Territories Inuit was about six times higher than the national rate.[59] Young men were the most common population group to commit suicide.[19,21-22,24,59] Alcohol intoxication appeared in 33% of suicides in the Northwest Territories.[59]

Figure 8



Notes: The rates for First Nations are for 1997 while the rate for Canada is for 1996. Data for Atlantic and Quebec are not shown in the figure because only crude rates were available.
Sources: Manitoba MSB Regional Office, Saskatchewan Regional Office, British Columbia Vital Statistics Agency, Statistics Canada (1998).

7.2 Family Violence

The National Clearinghouse on Family Violence cites four studies on family violence in Aboriginal communities. The results indicate that at least three-quarters of Aboriginal women have been the victims of family violence, up to 40% of children in some northern Native communities had been physically abused by a family member and the abuse of older adults has been identified as a serious problem in some First Nations communities.[79] In contrast, children in the general Canadian population represented less than one-quarter of victims of physical assaults or of all violent crimes reported to a sample of 154 police departments in 1996.[80] In 1996-97, 3.6% of Registered Indian children were in the care of Child and Family Services agencies.[6]

7.3 Residential Schools

Over one-third (39%) of elderly respondents of the First Nations and Inuit Regional Health Survey had attended residential school, with a mean duration of 6 years and a range of 1 to 15 years. Although no statistically significant differences were found in the prevalence of specific chronic health problems between those who had attended residential schools and those who had not, after controlling for age, it is difficult to believe that the severity and duration of physical and mental abuse that has been documented[112] did not result in long term physical or mental illness and/or disability. However, it is not easy to determine the long term health consequences of residential schools because of the elders' exposure to other confounding health determinants, such as socioeconomic factors, over time.[8]

7.4 Traditional Language and Culture

In the last century or so, ten Aboriginal languages have become extinct and at least a dozen are on the brink of extinction. As of 1996, only 3 out of Canada's 50 Aboriginal languages could be considered secure from the threat of extinction in the long run. In the same year, about one-quarter (26%) of individuals claiming an Aboriginal identity reported that an Aboriginal language was their mother tongue, an increase of almost 24% since 1981.[81] Cree was the most common mother tongue, followed by Inuktitut and Ojibway.[1] However, the number of people who spoke an Aboriginal language at home grew by only 6% between 1981 and 1996.[81] Only 15% of the Aboriginal population reported speaking an Aboriginal language at home in 1996.[1] Over one-third (39%) of elders in the FNIRHS used an Aboriginal language in their daily life, with the rate of use increasing with age to 60% in those aged 75 years and over.[8] Older people were also more likely to be able to carry on a conversation in an Aboriginal language. While 29% of the Aboriginal population could converse in an Aboriginal language in 1996, the proportion was about one-quarter in youth aged 15 to 24 and one-half in those aged 55 years and over. The Inuit were also more likely to be able to speak an Aboriginal language, with almost three-quarters being able to conduct a conversation in Inuktitut.[1]

According to the FNIRHS, 69% of the informants for the questions on children were "very satisfied" or "satisfied" with the child's knowledge of the Native culture and were significantly more likely to be so if they spoke an Aboriginal language.[43] Over 80% of all respondents of the survey thought that returning to traditional ways was a good idea for promoting community wellness. However, more than one-quarter perceived no progress in that area between 1995 and 1997. Furthermore, almost half of survey participants saw no progress in the revival of the traditional roles of women and men while close to one-third perceived no progress in the renewal of native spirituality and traditional approaches to healing. Over one-quarter did not see any progress in the return to traditional ceremonial activities, although a similar proportion of people reported good progress in this area.[33]

7.5 Disability and Activity Limitations

According to the FNIRHS, one-third of First Nations and Labrador Inuit respondents aged 55 years and older had hearing problems, one-quarter experienced limitation in activities within the home and one-eighth were unable to leave home and needed personal care in the home.[8] In contrast, a little over one-third of seniors from the general population who were at least 65 years of age reported needing help with basic or instrumental activities of daily living in 1996.[58] The National Advisory Council on Aging recently reported that older Aboriginals generally experience a disability for more than twice as long as non-Aboriginals.[82] In the FNIRHS, chronic conditions were associated with activity limitations, regardless of age or gender. Twenty-four percent (24%) of respondents with hypertension, 28% with diabetes, 33% with arthritis, 36% with heart problems, and 38% with cancer reported activity limitations. Fifteen percent (15%) of the survey participants had hearing problem in 1997,[11] almost three times higher than the rate in Canadians aged 15 and over in 1991 (5.5%).[83] Access to specialized care and housing facilities designed to provide care for people with activity limitations and disabilities may be a problem in First Nations and Inuit communities, as 30% of the FNIRHS respondents with limitations lived in an isolated community while another 13% resided in a community with no year-round road access.[11]

8. HEALTHY CHILD DEVELOPMENT

Experiences in the prenatal environment as well as in early childhood can have long-term effects on the health of a population.

8.1 Infant Mortality

Data from Eastern and Central Canada, the Prairies and British Columbia indicate that from 1995 to 1997, the infant mortality rate in First Nations was up to 3.5 times higher than the 1996 national rate.[19-22,24,84,85] The 1997 neonatal death rate was up to 2 times higher, while the post-neonatal mortality rate was up to almost five times higher in First Nations than in the general Canadian population in 1995.[19-22,24,84,86]

8.2 Birth Weight

Data from Eastern Canada, the Prairies and the Western provinces indicate that in 1996-97, First Nations infants with low birth weight (less than 2,500 grams) accounted for about 3% to 7% of live births, which is similar to the national rate of about 6% in 1996. On the other hand, about 15% to 23% of First Nations babies had high birth weights (over 4,000 grams).[19-24,85] The FNIRHS shows similar findings. First Nations and Inuit babies had low birth weight proportions similar to infants in the 1994-95 National Longitudinal Survey of Children and Youth, but significantly higher proportions of high birth weights. Twenty-two percent (22%) of First Nations and Inuit male infants and 14% of female infants weighed more than 4,000 grams at birth, compared to 16% and 8% of male and female babies, respectively, in the general Canadian population.[43-44] High birth weight is associated with gestational diabetes, maternal overweight and prolonged gestation[87] and can lead to

adverse health consequences. MacMillan et al. report increased neonatal mortality rates, a higher incidence of birth injuries and intellectual and development problems in high birth weight babies.[88]

8.3 Teenage Pregnancy

Data from the Atlantic provinces, the Prairies and British Columbia show 1997 teenage pregnancy rates in First Nations that were up to four times higher than the 1995 national rate. The rate in younger First Nations adolescent girls (under the age of 15) was especially high, particularly on reserve, where it was about eighteen times higher than in the general Canadian population (11.0 per 1,000 live births, versus 0.6, respectively).[19,21-22,24,86]

8.4 Smoking During Pregnancy

A recent study of Saskatoon pregnant women found that health risk behaviours during early pregnancy were more prevalent among women with an Aboriginal or Métis background. The risk behaviours (alcohol intake, tobacco use, the use of psychoactive drugs, caffeine intake) were also more frequent in women with lower education and income levels, those not living with a partner, those who had previous births, and in some cases, younger women.[89] An earlier study found that smoking, caffeine intake and binge drinking were the most prevalent in Inuit and Indian pregnant women, compared to white women and those with a mixed race. Moreover, smoking was significantly associated with low birth weight and a shorter body length of the newborn.[90]

8.5 FAS/FAE

The incidence of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) appears to be much higher in some Aboriginal communities than in other parts of Canada.[91-92] A recent study of a First Nations reserve in Manitoba found that 1 in 10 children was the victim of FAS or FAE (Fetal Alcohol Effects), or roughly 100 cases per 1,000 births on the reserve.[93] In contrast, the rate of FAS in western countries is about 0.33 cases per 1,000 births, as reported by McKenzie.[91] Alcohol intake, especially binge drinking, during pregnancy seems to be more common in Aboriginal women.[89-90] Furthermore, a study which found a higher frequency of alcohol use and abuse in Inuit and Indian pregnant women also found a significant association between alcohol intake, especially binge drinking, and a lower head circumference.[90]

8.6 Breast-feeding

According to the First Nations and Inuit Regional Health Survey, 54% of children up to 2 years of age had been breast-fed, compared to 75% of children in the 1994-95 NLSCY. However, of the First Nations and Inuit children who had been breast-fed, 39% had been breast-fed for over six months, compared to only 24% of the children in the NLSCY.[43-44]

8.7 Childhood Health Problems

Children from First Nations and Labrador Inuit communities and from the general Canadian population were rated similarly in terms of overall health status in 1997 and 1994-95, respectively. However, although the order of frequency of health problems was about the same, First Nations and Inuit children had approximately twice the rate of bronchitis, more kidney conditions and heart problems, slightly more psychological difficulties and asthma, but somewhat fewer allergies. Ear problems was the most common health problem mentioned in both surveys.[43-44]

8.8 Immunization

With the exception of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) data from the Atlantic provinces, Ontario, the Prairies and Western Canada show lower vaccination coverage of two-year-olds from on reserve First Nations communities than in the rest of Canada in 1997.[19,21-23,73,94-95] Furthermore, the coverage levels are generally well below the national immunization targets set for two-year-olds and six-year-olds.[19,21-23,73,94,96] However, part of the explanation for these lower vaccination coverage levels may be related to a number of on reserve children who are immunized off reserve.

Table III – Vaccination Coverage of Two-Year-Olds, 1997

Vaccine	Canada	On Reserve First Nations						General National Target
		Atlantic	Ontario (0-2 years)†	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Pacific	
Diphtheria	87%	67%	59%	81%	55%	49%	83%	97%
Pertussis	85%							95%
Tetanus	85%							97%
Hib	74%	93%		84%	77%	79%	81%	97%
Polio	86%	67%	N/A	81%	59%	72%	83%	97%
Measles	96%	82%	82%	90%	85%	81%	87%	97%
Mumps	96%							97%
Rubella	96%							97%
BCG‡	-	0%*	0-92%**	85%	47%	>50%**	65%¶	-

† The collection of immunization data in Ontario has been sporadic and uncoordinated. Furthermore, since most on reserve residents are immunized off reserve, the collection of dates and antigens is incomplete. The data presented here are derived from the average of the four zones/areas in the Ontario region of Medical Services Branch.

‡ The Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccine is administered in Native people because they are considered at high risk of exposure to tuberculosis.[97]

*BCG is not given in the Atlantic region

**Southern Ontario does not use BCG, mid-Ontario has sporadic use, about 1/3 of Northeastern residents are vaccinated, while at least 85% of Northwestern residents have had BCG.

***In one-year-olds.

¶BCG optional offered only.

Sources: LCDC (1998; 1997), Ontario MSB Regional Office, Manitoba MSB Regional Office, Saskatchewan MSB Regional Office; Atlantic MSB Regional Office, Alberta MSB Regional Office, Pacific MSB Regional Office.

9. HEALTH SERVICES

Health services play a role in the treatment of illness and in the care of the sick. Accessibility, satisfaction, utilization, and expenditures are important components of health services.

9.1 Unmet Health Care Needs

Almost half of First Nations and Labrador Inuit respondents of the FNIRHS thought that their health services were not at the same level as the rest of Canada. Although the great majority thought that a return to traditional ways was a good idea to promote community wellness, over one-third perceived no progress in at least four of the traditional items specifically measured in the survey.[33]

Although the 1996-97 NPHS did not measure the same things, it is interesting to note that only about one in twenty respondents felt that they needed health care but did not receive it.[32]

9.2 Physician Utilization

Data from the Prairies indicate that the main reasons First Nations people consulted a physician in 1996-97 were related to diseases of the respiratory system, followed by injuries and poisonings[21,22,23]. Respiratory system ailments were the leading reasons for the use of medical services in all age groups, except in those aged 65 and over for whom diseases of the circulatory system were the principal reason for physician consultation. Disorders of the nervous system were also common reasons for the use of medical services in children up to the age of 14.[21-22] This may reflect the relatively high prevalence of ear problems and the effects of exposure to alcohol and environmental contaminants in utero.

9.3 Dental Utilization

In 1997-98, over one-third (38%) of clients of Non-Insured Health Benefits (NIHB, Medical Services Branch) received at least one dental service, a rate unchanged from 1994-95. The highest rate was in Quebec at 46% while the lowest was in Manitoba at 29%. Over 44% of all dental claimants were under 20 years of age. Recall examination was the most common dental procedure.[98] According to the 1997 First Nations and Inuit Regional Health Survey, about half of the respondents had received dental care in the past year.[76] In contrast, almost one-quarter of the 1996-97 NPHS respondents reported a consultation to a dentist or orthodontist.[32] However, only 53% of the survey respondents had dental insurance. Over half of those without dental insurance had not seen a dentist in the year before the survey, versus over one-quarter of those with insurance.[58] About one-third of First Nations and Labrador Inuit had not received dental care in the previous year.[76] The underuse of dental services, in conjunction with a non-Aboriginal diet and inadequate access to fluoridated water supplies, may explain the high prevalence of dental caries in Native children.

9.4 Hospitalization Rate

Data from the Prairies indicate that First Nations had a hospitalization rate that was about two-and-a-half times higher than the general Canadian population in 1996-97.[21-22,99] Diseases of the respiratory system were the leading causes of hospitalization in First Nations patients, followed by injuries and poisonings and diseases of the digestive system.[21-22] In contrast, the principal causes of hospitalization in the general Canadian population were related to diseases of the circulatory system.

The second and third main causes were diseases of the digestive system and the respiratory system, respectively. Injuries and poisonings represented the fourth leading causes of hospitalization in Canadian male patients.[99]

9.5 Pharmacy Utilization

In 1996, NIHB clients in the Western provinces had a utilization rate of 991 prescriptions of acetaminophen with codeine per 1,000 people and 656 benzodiazepine prescriptions per 1,000 people, almost 4 times and 1.5 times higher, respectively, than the rates in the Canadian population, but somewhat lower than the utilization rates in recipients of B.C. Social Assistance.[100] In 1997-98, central nervous system agents, which include analgesics, antidepressants and sedatives, were the highest category of drug claims, representing 33.7% of prescription claims and 24.8% of over-the-counter claims. In that same year, over two-thirds (69%) of NIHB clients received at least one pharmacy benefit, a rate that has changed little since 1994-95. The highest utilization rate was in Alberta at 83% while the lowest was in the Northwest Territories at 44%, well below the rest of the country.[98]

9.6 Per Capita Health Care Expenditures

In 1997-98, the national per capita expenditure for all benefits (mainly pharmaceutical, dental, optical and medical transportation services) in NIHB clients totalled $754, with a range of $1,031 in Alberta to a low of $612 in the Yukon.[98] A comparable measure in the general population relates to expenses in the private sector, which primarily includes drugs, dental services and vision care. These items are mostly paid out-of-pocket or through private insurance plans.[101] The national per capita expenditure in NIHB clients was similar to the per capita private sector health expenditure in the general Canadian population ($792 in 1998). However, the highest and lowest per capita health expenditure were roughly $130 lower in non-NIHB clients ($902 in Ontario and $472 in the Northwest Territories).[98,101]

10. FIRST NATION AND INUIT CONTROL

10.1 Transfer Agreements

First Nations and Inuit people have worked to gain more self-determination over all areas of their lives for a long time. As a result, community-based health programs are gradually being transferred to First Nations and Inuit control, as decided by each individual Aboriginal community. Environmental health, treatment, and prevention health services, as well as the appropriate Medical Services Branch programs have been or will be transferred. First Nations and Inuit communities which do not want a comprehensive transfer of health services may opt to enter into a more limited Integrated Community-Based Health Contribution Agreement, in which they sign a contribution agreement for all or most of the community health services while setting up their own management structures to directly administer the transferred programs and services.[102]

As of March 1998, 74% of First Nations communities were involved, at some level, in the transfer of health programs and services. Of these, 31% had signed Transfer Agreements, another 31% were engaged in pre-transfer negotiations and 12% had signed Integrated Community-Based Health Contribution Agreements.[102] According to the FNIRHS, 75% of respondents in communities that had

completed the health transfer perceived progress in First Nations and Inuit control of programs, 25% of whom saw good progress. In contrast, 72% of respondents in communities that were not engaged in the transfer process perceived progress, 19% reporting good progress. Although the differences were small, they were found to be statistically significant.[33]

10.2 Aboriginal Health Professionals

In 1997-98, there were almost 2,000 Aboriginal health workers, including nurses, physicians, lab technicians, dentists, optometrists, pharmacists, and health administrators. There were approximately 800 nurses of Aboriginal ancestry[103] and in 1997, there were 67 Aboriginal physicians in the country and 33 Aboriginal students enrolled in Canadian medical schools.[104] Aboriginal nurses and physicians accounted for less than 1% of all Canadian registered nurses and physicians.[105] The responses to the FNIRHS demonstrate that gap with over 40% of the survey participants perceiving no progress in the number or availability of First Nations and Inuit health professionals between 1995 and 1997.[33]

10.3 Training and Capacity Building

Training and capacity building is part of the transfer of control of health programs and policy to First Nations and the Inuit. Medical Services Branch has various programs to encourage First Nations and the Inuit to pursue post-secondary programs that lead to health careers, such as the dental profession, nursing, environmental health, and health administration. Since 1984, almost 700 bursaries or scholarships (113 in 1997-98) were awarded to First Nations and Inuit students.[103] The Department of Indian Affairs and Northern Development provides funding support to the Saskatchewan Indian Federated College which is entirely governed by First Nations people and which offers a Health Studies Program and a Dental Therapy Program.[37] A recent survey of all family medicine programs in Canada revealed that although many programs give residents some exposure to Aboriginal health issues, none had formalized curriculum objectives or a strategy to encourage the enrollment of residents of Aboriginal origin.[106] According to the FNIRHS, almost one-third of the respondents saw no progress in the training of First Nations and Inuit people in the health field between 1995 and 1997.[33]

11. CONCLUSION

Despite improvements in many areas, First Nations and Inuit people continue to have a poorer health status than the general Canadian population. This discrepancy in health is, in part, due to the widespread inequities the Aboriginal population faces in the opportunities for health, notably in socioeconomic conditions. Any effort to improve the situation of the Native people need to respect and take into account its cultural beliefs and values and traditional views of the world and offer flexibility in the design and development of programs and services. First Nations and Inuit communities need to be empowered to identify and address their own needs through such means as capacity building, training, and technical and funding support. Although health promotion and

disease prevention programs can help some First Nations and Inuit individuals achieve better health, healthy public policies from various sectors need to be developed with the input of Aboriginal communities.

REFERENCES

1. Statistics Canada. 1996 Census: Aboriginal data. *The Daily*, 13 January 1998.
2. Statistics Canada. Population by Aboriginal Groups and Sex, Showing Age Groups, for Canada, 1996 Census. Catalogue No. 93F0025XDB96002.
3. Statistics Canada. Total Population by Aboriginal Group,1996 Census, Census Metropolitan Areas. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo39b.htm>.
4. Indian Affairs and Northern Development, 1997. Registry Groups in Canada by Size, December 31, 1997. Indian Register.
5. Statistics Canada. Persons Registered Under the Indian Act, Living On and Off Reserve, 1996 Census. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Population/demo37.htm>.
6. Indian Affairs and Northern Development, 1998. Basic Departmental Data 1997. Departmental Statistics Division. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
7. Indian Affairs and Northern Development (1998). Indian and Northern Affairs Canada and Canadian Polar Commission Performance Report for the Period Ending March 31, 1998. <http://www.inac.gc.ca/pubs/estimates/perrep.pdf>.
8. Reading, J (1999). An Examination of Residential Schools and Elder Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
9. Statistics Canada, 1996. NPHS Overview, 1994-95. Health Statistics Division. Ottawa: Minister of Industry.
10. Young, TK, O'Neil, JD, Elias, B, Leader, A, Reading, J and McDonald, G (1999). Chronic Diseases. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
11. Elias, B, Kaufert, J, Reading, J, O'Neil, J, Frick, M, Thibault, J, and McDonald, G (1999). Activity Limitation and the Need for Continuing Care. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
12. Elliott L. Canadian First Nation lead the way at Diabetes Conference. *Transition*, February 1998. <http://www.inac.gc.ca/pubs/transition/feb98/diabet.html>.
13. Ludwig, S and Madrick, B. Cardiovascular risk factors in the Aboriginal population. Meeting of the Prairie Cardiovascular Group on Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease in Aboriginal and Non-Aboriginal Populations. *Canadian Diabetes* 1997;10(4). http://www.diabetes.ca/prof/candiab/win97/w97lead6.htm
14. Ross, S and Blanchard, J. Prevalence of diabetes, hypertension and the incidence of complications in the Aboriginal population. Meeting of the Prairie Cardiovascular Group on Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease in Aboriginal and Non-Aboriginal

Populations. *Canadian Diabetes* 1997;10(4). <http://www.diabetes.ca/prof/candiab/win97/w97lead5.html>.

15. Canadian Paediatric Society. Diabetes and the First Nations. *The Canadian Journal of Paediatrics* 1994;1(7):222-4.
16. Goldman, B. Diabetes gene means prevention for native community. *Newsworld Online*, 10 March 1999. <http://www.newsworld.cbc.ca/cgi-bin/templates/view.cgi?/news/1999/03/10/diabetes990310>.
17. Young, TK and Sevenhuysen, G. Obesity in northern Canadian Indians: Patterns, determinants, and consequences. *American Journal of Clinical Nutrition* 1989;49(5):786-93. [abstract].
18. Wolever, TM, Hamad, S, Gittelsohn, J, Gao, J, Hanley, AJ, Harris, SB and Zinman, B. Low dietary fiber and high protein intakes associated with newly diagnosed diabetes in a remote Aboriginal community. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;6(6):1470-4. [abstract]
19. Atlantic Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.
20. Quebec Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.
21. Manitoba Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.
22. Saskatchewan Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.
23. Alberta Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.
24. British Columbia Vital Statistics Agency (1998). Analysis of Status Indians in British Columbia, 1991-1997. Prepared for Medical Services Branch, Health Canada.
25. As informed by Garry MacDonald, Manager, Client Custom Services, Statistics Canada, March 31, 1999.
26. Statistics Canada. Deaths, 1996. *The Daily*, 16 April 1998.
27. Heart and Stroke Foundation of Canada. Heart Disease and Stroke in Canada, 1997. Based on Hospital Mortality Data, Health Statistics Division, Statistics Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc97/>.
28. Statistics Canada. Life Expectancy at Birth. Catalogue no. 82-221-XDE. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Health/health26.htm>.
29. Statistics Canada. Longevity & Historical Life Tables, 1921-1981, Canada & Provinces. Catalogue No. 82-548.
30. Statistics Canada. Mortality Tables, Canada & Provinces, 1985-1987. Catalogue No. 82-003S.

31. Statistics Canada (1997). Mortality. Summary List of Causes, 1995. Health Statistics Division. Ottawa: Minister of Industry.

32. Statistics Canada, 1998. National Population Health Survey public use microdata file 1996-1997. Catalogue no. 82M0009XCB. [CD-ROM]

33. Svenson, KA and Lafontaine, C (1999). The Search for Wellness. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.

34. Indian Affairs and Northern Development (1999). Indian and Northern Affairs Canada and Canadian Polar Commission 1999-2000 Estimates. Report on Plans and Priorities.

35. Canadian Council on Social Development, 1997. Estimated Number of Persons and Cases Receiving Provincial and Municipal Social Assistance, March 31, 1997. ≤http://www.ccsd.ca/fs_sa97.htm>.

36. Statistics Canada. 1996 Census: Education, mobility and migration. *The Daily*, 14 April 1998.

37. Indian Affairs and Northern Development (1997). Post-Secondary Education for Status Indians and Inuit. ≤http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info110.html>.

38. Statistics Canada. Population Aged 15 and Over by Aboriginal Group Showing Industry Divisions and Occupational Categories, Canada, 1996 Census (custom tabulation).

39. Statistics Canada. 1996 Census: Sources of income, earnings and total income, and family income. *The Daily*, 12 May 1998.

40. Statistics Canada. Prison Population and Costs, 1996-97. *The Daily*. 18 February 1998.

41. Beavis, MA, Klos, N, Carter, T, and Douchant, C (1997). Literature Review: Aboriginal peoples and Homelessness. Ottawa: Canada Mortgage and Housing Corporation.

42. Indian and Northern Affairs Canada, 1995. 1991 Census Highlights on Registered Indians. Catalogue No. R32-91/1995E. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

43. MacMillan, H, Walsh, C, Jamieson, E, Crawford, A, and Boyle, M (1999). Children's Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.

44. Statistics Canada/Human Resources Development Canada, 1996. Growing Up in Canada, National Longitudinal Survey of Children and Youth. Ottawa: Minister of Industry.

45. Statistics Canada. Occupied Private Dwellings by Tenure and Number of Rooms, Showing Structural Type of Dwelling, for Canada, 1996 Census. Catalogue No. 93F0030XDB96013. ≤http://www.statcan.ca/english/census96/june9/d6can.htm>.

46. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. Notifiable Diseases On-Line. <http://www.cythera.ic.gc.ca/cgi-eas/ndistable.wss?Disease>.

47. Indian Affairs and Northern Development (1997). First Nations Housing. http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info104.html

48. Statistics Canada. Occupied Private Dwellings by Tenure and Period of Construction, Showing Condition of Dwelling, for Canada, 1996 Census. Catalogue No. 93F0030XDB96012. <http://www.statcan.ca/english/census96/june9/d5can.htm>

49. Laboratory Centre for Disease Control, 1998. Tuberculosis in Canada, 1996. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

50. Chance, GW and Harmsen, E. Children are different: Environmental contaminants and children's health. *Canadian Journal of Public Health* 1998;89(supplement):S9-S13.

51. Muckle, G, Dewailly, É, Ayotte, P. Prenatal exposure of Canadian children to polychlorinated biphenyl's and mercury. *Canadian Journal of Public Health* 1998;89(supplement):S20-S25.

52. Tryphonas, H. The impact of PCBs and dioxins on children's health: Immunological considerations. *Canadian Journal of Public Health* 1998;89(supplement):S49-S52.

53. Environment Canada. Environment Canada's Sustainable Development Strategy, Draft February 5, 1997. <http://www.ec.gc.ca/sd%2Ddd%5Fconsult/fin/feb5.doc>.

54. Dumont C, Girard M, Bellavance F, Noël F. Mercury levels in the Cree population of James Bay, Quebec, from 1988 to 1993/94. *Canadian Medical Association Journal* 1998;158(11):1439-45 [abstract].

55. Clarkson T. Methylmercury and fish consumption: Weighing the risks. *Canadian Medical Association Journal* 1998;158(11):1465-66.

56. Ship, Susan Judith (1997). Environmental Damage and Aboriginal Health. The National Indian & Inuit Community Health Representatives Health Organization. <http://www.total.net/~niichro/intouch/environ/index.htm>.

57. Reading, J (1999). The Tobacco Report. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.

58. Statistics Canada, 1998. NPHS Overview, 1996-97. Health Statistics Division. Ottawa: Minister of Industry.

59. Northwest Territories Bureau of Statistics. 1996 NWT Alcohol & Drug Survey: Rates of Use for Alcohol, Other Drugs and Tobacco. <http://www.stats.gov.nt.ca/TSTAT/Statinfo/Health/alcdrug/report.html>.

60. Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU) (1998). Regina 1997 Report. <http://www.ccsa.ca/ccendu/cenreg98.htm>.

61. Scott K., 1997. Indigenous Canadians, In Canadian Profile 1997: Alcohol, Tobacco & Other Drugs. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

62. Scott, KA (1994). Substance use among Indigenous Canadians. In McKenzie, D (Ed.), Aboriginal Substance Abuse: Research Issues. Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. <http://www.ccsa.ca/mckenzie.htm>.

63. National Council of Welfare (1996). Gambling in Canada: A Report by the National Council of Welfare. <http://www.ccsa.ca/gambcont.htm>.

64. Burke, M. Prevention needs to play a bigger role. *Windspeaker Diabetes*. <http://www.ammsa.com/windspeaker/wind-diabetes.html>

65. Rode, A and Shephard, RJ. Acculturation and loss of fitness in the Inuit: The preventive role of active leisure. *Arctic Medical Research* 1993;52(3):107-12. [abstract]

66. Katzmarzyk, PT and Malina, RM. Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 1998;22(11):1127-31.

67. Montour, LT, Macaulay, AC and Adelson, N. Diabetes mellitus in Mohawks of Kahnawake, PQ: A clinical and epidemiologic description. *Canadian Medical Association Journal* 1989;141(6):549-2. [abstract]

68. Zammit, MP, Kalra, V and Winters, EB. Growth patterns of Labrador Inuit youth: I. Height and weight. *Arctic Medical Research* 1993:52(4):153-60. [abstract]

69. Jamison, PL. Secular trends and the pattern of growth in Arctic populations. *Social Science Medicine* 1990;30(6):751-9. [abstract]

70. Ashwell, M. Obesity in men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 1994;18(Suppl. 1):S1-7. [abstract]

71. Medical Services Branch, Health Canada. Annual Report 1996/97.

72. National School of Dental Therapy, 1998. Draft Report of the Oral Health of Aboriginal Children. Prince Albert, Saskatchewan (unpublished).

73. Ontario Health, 1997. Dental Index of Screening. Queen's Park, Toronto.

74. Smith WF. Community Needs Survey for the Alberta Dental Outreach Program. *Canadian Journal of Community Dentistry* 1997;12(2):39-43.

75. Cooney PV, Hassard TH, Malazdrewicz VK. Comparison of the dental health status of 6-year old children in Northern and Southern Manitoba. *Journal of the Canadian Dental Association* 1993;6:544-48.

76. Weins, F and McIntyre, L (1999). Health and Dental Services for Aboriginal People. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.

77. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. AIDS and HIV in Canada. *HIV/AIDS Epi Update*, May 1998.

78. Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada. HIV/AIDS epidemiology among Aboriginal people in Canada. *HIV/AIDS Epi Update*, May 1998.

79. The National Clearinghouse on Family Violence (1997). Family Violence in Aboriginal Communities: An Aboriginal Perspective. Catalogue H72-21/150-1997E.

80. Statistics Canada, 1998. Family Violence in Canada: A Statistical Profile 1998. Catalogue no. 85-224-XIE. Ottawa: Minister of Industry.

81. Norris, MJ. Canada's Aboriginal languages. *Canadian Social Trends*, Winter 1998.

82. National Advisory Council on Aging. Government of Canada. Seniors and Disabilities. *Expression* 199x;11(1).

83. Statistics Canada. Population Aged 15 and Over with a Disability, by Nature of Disability. <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Health/health12a.htm>.

84. Ontario Regional Office of Medical Services Branch. Various health data.

85. Statistics Canada. Births, 1996. *The Daily*, 8 July, 1998.

86. Statistics Canada (1997). Births and Deaths, 1995. Health Statistics Division. Ottawa: Minister of Industry.

87. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic Health Examination, 1992 update: 1. Screening for gestational diabetes mellitus. *Canadian Medical Association Journal* 1992;147:435-43.

88. Behrman, RE, Kliegman, RM, Arvin, AM, and Nelson, WE (1996). The high-risk infant. In (Authors) Nelson's Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 451-63. Cited in MacMillan, H, Walsh, C, Jamieson, E, Crawford, A, and Boyle, M (1999). Children's Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.

89. Muhajarine, N, D'Arcy, C and Edouard, L. Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Canadian Journal of Public Health* 1997;88(6):375-9. [abstract]

90. Godel, JC, Pabst, HF, Hodges, PE, Johnson, KE, Froese, GJ and Joffres, MR. Smoking and caffeine and alcohol intake during pregnancy in a northern population: Effect on fetal growth. *Canadian Medical Association Journal* 1992;147(2):181-8. [abstract]

91. McKenzie D., 1997. Fetal Alcohol Syndrome, In Canadian Profile 1997: Alcohol, Tobacco & Other Drugs. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

92. Ashley, MJ (1994). Alcohol-related birth defects. In McKenzie, D (Ed.), Aboriginal Substance Abuse: Research Issues. Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. <http://www.ccsa.ca/mckenzie.htm>.

93. Square D. Fetal alcohol syndrome epidemic on Manitoba reserve. *Canadian Medical Association Journal* 1997;157(1):59-60.

94. Pacific Regional Office of Medical Services Branch. Immunization data.

95. Laboratory Centre for Disease Control (Health Canada). Vaccination coverage. *Paediatrics & Child Health* 1998;3(Supp.B). <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/paediatr/vol3supb/pche_h.html>.

96. Laboratory Centre for Disease Control (Health Canada). Canadian National Report on Immunization, 1996. *Canada Communicable Disease Report* 1997;23(S4).

97. Laboratory Centre for Disease Control (1998). Canadian Immunization Guide, Fifth edition, 1998: Minister of Public Works and Government Services Canada.

98. Medical Services Branch, Health Canada. Non-Insured Health Benefits Program Annual Report, 1997-98.

99. Statistics Canada. Hospital utilization, 1996/97. *The Daily*, 24 February, 1999. Data from the Canadian Institute for Health Information.

100. Medical Services Branch, Health Canada. Review of CNS Drugs. *Non-Insured HealthBenefits Drug Bulletin*, January 1998.

101. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends 1975-1998. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

102. Medical Services Branch, Health Canada. Health Funding Arrangements. Transfer and Self-Government. <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/index.htm>.

103. Medical Services Branch, Health Canada. Health Careers 1997-1998. Community Based Programs. <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/careers_e.htm>.

104. Canadian Medical Association. CMA awards bursaries for Aboriginal medical students. *News from the CMA*, 26 June 1997.

105. Canadian Institute for Health Information. National Information: Health Professionals. <http://www.cihi.ca/facts/canhr.htm>.

106. Redwood-Campbell, L, MacDonald, WA and Moore, K. Residents' exposure to aboriginal health issues. Survey of family medicine programs in Canada. *Canadian Family Physician* 1999;45:325-30. [abstract]

107. Department of Indian Affairs and Northern Development (1997). Definitions. <http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info101.htm>.

108. Medical Services Branch, Health Canada. Tuberculosis Program and Epidemiologic Review. January, 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp>

109. Canada Mortgage and Housing Corporation (1993). Clean-Up Procedures for Mold in Houses. Cat. No. NH15-91/1993E.

110. Canada Mortgage and Housing Corporation. Draft. Mold in Housing: An Information Kit for First Nations Communities.

111. Medical Services Branch, Health Canada (May, 1988). Recommended Interim Health and Safety Guidelines for Protection of Workers During Mold Remediation and Clean-up in Residential Homes.

112. Canada (1996). Report on the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Minister of Supply and Services, Canada Communications Group.

113. Health Canada (1996). Trends in First Nations Mortality, 1979-1993. Minister of Public Works and Government Services Canada.

114. Dales RE, Zwanenburg H, Burnett R, Franklin CA. (1991). Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children. *Amer J Epidemiol.* 134: 196-203.

115. Montaña E, Etzel RA, Allan T, Horgan TE, Dearborne DG. (1997). Environmental risk factors associated with pediatric idiopathic pulmonary hemorrhage/hemosiderosis in a Cleveland community. *Pediatrics* 99: 117.

APPENDIX A: DEFINITION OF TERMS [107]

ABORIGINAL PEOPLE:
The descendants of the original inhabitants of North America. The Canadian Constitution recognizes three groups of Aboriginal people- Indians, Métis people and Inuit. These are three separate peoples with unique heritages, languages, cultural practices and spiritual beliefs.

BAND:
A group of First Nation people for whom lands have been set apart and money is held by the Crown. Each band has its own governing band council, usually consisting of one or more chiefs and several councillors. Community members choose the chief and councillors by election, or sometimes through traditional custom. The members of a band generally share common values, traditions and practices rooted in their ancestral heritage. Today, many bands prefer to be know as First Nations.

BILL C-31:
The pre-legislation name of the 1985 *Act to Amend the Indian Act*. This act eliminated certain discriminatory provisions of the *Indian Act*, including the section that resulted in Indian women losing their Indian status when they married non-Indian men. Bill C-31 enabled people affected by the discriminatory provisions of the old *Indian Act* to apply to have their Indian status restored. Since 1985, about 105,000 individuals have successfully regained their status.

CHILDREN IN CARE:
The number of children who had to be placed away from parental care to protect them from neglect and/or abuse, or prevent neglect and/or abuse either in foster care, group homes or institutional care.

FIRST NATION:
A term that came into common usage in the 1970s to replace the word "Indian," which many people found offensive. Although the term First Nation is widely used, no legal definition of it exists. Among its uses, the term "First Nations peoples" refers to the Indian people in Canada, both Status and Non-Status Indians and Treaty Indians.

INDIAN:
A term that describes all the Aboriginal people in Canada who are not Inuit or Métis. Indian peoples are one of three groups of people recognized as Aboriginal in the *Constitution Act*, 1982. The act specifies that Aboriginal people in Canada consists of Indians, Inuit and Métis people. In addition, there are three legal definitions that apply to Indians in Canada: Status Indians, Non-Status Indians and Treaty Indians.

INDIAN ACT:

This is the Canadian federal legislation, first passed in 1876, that sets out certain federal government obligations, and regulates the management of Indian reserve lands. The act has been amended several times, most recently in 1985. Among its many provisions, the act requires the Minister of Indian Affairs and Northern Development to manage certain moneys belonging to First Nations and Indian lands, and to approve or disallow First Nations by-laws.

INDIAN STATUS:
An individual's legal status as an Indian, as defined by the *Indian Act*.

INUIT:
An Aboriginal people in northern Canada, who live above the tree line in the Northwest Territories, and in Northern Quebec and Labrador. The word means "people" in the Inuit language-Inuktitut. The singular of Inuit is Inuk.

MÉTIS:
People of mixed First Nation and European ancestry who identify themselves as Métis people, as distinct from First Nations people, Inuit or non-Aboriginal people. The Métis have a unique culture that draws on their diverse ancestral origins, such as Scottish, French, Ojibway and Cree.

NON-STATUS INDIAN:
An Indian person who is not registered as an Indian under the Indian Act. This may be because his or her ancestors were never registered, or because he or she lost Indian status under former provisions of the *Indian Act*.

OFF-RESERVE:
A term used to describe people, services or objects that are not part of a reserve, but relate to First Nations.

REMOTE ZONE:
Is a zone where a band is located over 350 km from the nearest service centre with year-round road access.

RESERVE:
Land set aside by the federal government for the use and occupancy of an Indian group or band.

SERVICE CENTRE:
Is a community where the following services are available:

116. supplies, material and equipment (ie., construction, office)
117. a pool of skilled or semi-skilled labour
118. at least one financial institution, and

119. provincial and federal services.

SPECIAL ACCESS ZONE:
Is a zone where a band has no year-round road access to the nearest service centre, and, as a result, experiences a higher cost of transportation.

STATUS INDIAN:
An Indian person who is registered under the *Indian Act*. The act sets out the requirements for determining who is a Status Indian.

Source: Department of Indian Affairs and Northern Development (1997). Definitions. http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info101.htm.

Appendix B: Methodology

POPULATIONS

The populations examined in this document are First Nations and Inuit people. Little information on the Métis and Non-status Indians was available. However, these groups are included in information on Aboriginal populations. The general Canadian population was used as a comparison group

DATA/INFORMATION COLLECTION

Data was collected in February and March 1999, mostly from Federal Government Departments and from surveys such as the First Nations and Inuit Regional Health Survey (FNIRHS), the 1996-97 National Population Health Survey (NPHS) and the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY). MEDLINE and Internet searches were done as part of a literature review. Figures from Statistics Canada, rather than from the Department of Indian Affairs and Northern Development, were predominantly used to describe the Aboriginal population since many variables, such as socioeconomic measures, were derived from the 1996 Census. Although an estimated 44,000 people were living on 77 Indian reserves and settlements that were incompletely enumerated, the impact of such an under coverage tends to be small for statistics at the national and provincial levels. The regional offices of the Medical Services Branch (Health Canada) provided mortality data, as well as information on potential years of life lost, birth weight, teenage pregnancy, immunization, and physician and hospital utilization. The following table lists the sources for the various measures used in this document:

MEASURES	DATA SOURCES	
	General Population	**First Nations & Inuit People**
Population data	Statistics Canada	§ Statistics Canada § DIAND
Chronic diseases	NPHS 1994-95	§ FNIRHS § Literature review
Mortality rates and causes	Statistics Canada	MSB Regional Offices
Potential years of life lost	Heart and Stroke Foundation of Canada	MSB Regional Offices
Life expectancy	Statistics Canada	DIAND
Elder health	NPHS 1996-97	FNIRHS
Unemployment and social assistance	CCSD, using HRDC data	DIAND
Education	Statistics Canada	§ Statistics Canada § DIAND
Occupation	Statistics Canada	Statistics Canada
Income	Statistics Canada	Statistics Canada
Single-parent families	Statistics Canada	Statistics Canada
Interaction with justice system	-	Statistics Canada
Homelessness	-	Literature review commissioned by CMHC

Housing	Statistics Canada	§ DIAND § Statistics Canada § FNIRHS
Infrastructure	N/A	§ DIAND § FNIRHS
Tuberculosis	LCDC	LCDC
Environmental contaminants	N/A	§ Environment Canada ▪ Literature review
Smoking	NPHS 1996-97	§ FNIRHS § 1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey
Alcohol, solvent and substance abuse	-	▪ CCSA § 1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey ▪ FNIRHS § Literature review
Problem gambling	-	Literature review
Physical activity	-	Literature review
Obesity	NPHS 1996-97	Literature review
Dental health	Literature review	§ MSB § FNIRHS
HIV/AIDS and other STDs	LCDC	LCDC
Suicide rate	Statistics Canada	§ MSB Regional Offices § Northwest Territories Health and Social Services
Family violence	Statistics Canada	§ National Clearinghouse on Family Violence (Health Canada) § DIAND
Residential schools	N/A	FNIRHS
Traditional language and culture	N/A	§ Statistics Canada § FNIRHS
Activity Limitations	§ NPHS 1996-97 § Health and Activity Limitation Survey, 1991	§ FNIRHS § National Advisory Council on Aging (Health Canada)
Infant mortality rates and causes	Statistics Canada	MSB Regional Offices
Birth weight	Statistics Canada	§ MSB Regional Offices ▪ FNIRHS
Teenage pregnancy rates	Statistics Canada	MSB Regional Offices
Smoking during pregnancy	-	Literature review
FAS/FAE	CCSA	§ CCSA § Literature review
Breast-feeding rate	NLSCY 1994-95	FNIRHS
Childhood health problems	NLSCY 1994-95	FNIRHS
Immunization rates	LCDC	MSB Regional Offices
Unmet health care needs	NPHS 1996-97	FNIRHS
Physician utilization	-	MSB Regional Offices
Dental utilization	NPHS 1996-97	§ MSB § FNIRHS
Hospitalization rates and causes	CIHI	MSB Regional Offices

Pharmacy utilization	"	MSB
Per capita health care expenditures	CIHI	MSB
Transfer agreements	N/A	§ MSB § FNIRHS
Aboriginal Health professionals	CIHI	§ MSB § Literature review
Capacity and training	"	§ MSB § DIAND § Literature review

Note: DIAND = Department of Indian Affairs and Northern Development, NPHS = National Population Health Survey, FNIRHS = First Nations and Inuit Regional Health Survey, MSB = Medical Services Branch, CCSD = Canadian Council on Social Development, HRDC = Human Resources Development Canada, " = information not needed, CMHC = Canada Mortgage and Housing Corporation, N/A = not applicable, LCDC = Laboratory Centre for Disease Control, CCSA = Canadian Centre on Substance Abuse, NLSCY = National Longitudinal Survey of Children and Youth, CIHI = Canadian Centre for Health Information.

DATA ANALYSIS

Since the "Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada" serves mainly to describe the health status of First Nations and Inuit people, rather than predict the future status of these populations, descriptive statistics were used. The direct method of standardization and the 1991 Census population were used to calculate age-standardized mortality data.

LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS AU CANADA – UN SECOND DIAGNOSTIC

Novembre 1999

Table des matières

1. **INTRODUCTION** 4

2. **POPULATION** 5
   - 2.1 La population 5

3. **ÉTAT DE SANTÉ** 7
   - 3.1. Maladies chroniques 7
   - 3.2 Mortalité 9
   - 3.3 Années potentielles de vie perdues 11
   - 3.4 Espérance de vie 11
   - 3.5 Santé des aîné(e)s 12

4. **ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE** 13
   - 4.1 Chômage et aide sociale 13
   - 4.2 Scolarité 13
   - 4.3 Emploi 14
   - 4.4 Revenu 14
   - 4.5 Familles monoparentales 16
   - 4.6 Interaction avec le système juridique 16

5. **ENVIRONNEMENT PHYSIQUE** 16
   - 5.1 Itinérance 16
   - 5.2 Logement 17
   - 5.3 Infrastructure 18
   - 5.4 Tuberculose 19
   - 5.5 Contaminants environnementaux 21

6. HYGIÈNE PERSONNELLE 22
   - 6.1 Tabagisme 22
   - 6.2 Abus d'alcool, de substances et de solvants 22
   - 6.3 Jeu compulsif 23
   - 6.4 Activité physique 23
   - 6.5 Surpoids 24
   - 6.6 Santé dentaire 24
   - 6.7 VIH/sida 25

7. CAPACITÉS D'ADAPTATION DE L'INDIVIDU ET DE LA COMMUNAUTÉ. 25
- 7.1 Suicide 25
- 7.2 Violence familiale 26
- 7.3 Pensionnats 27
- 7.4 Langues et cultures traditionnelles 27
- 7.5 Invalidité et limitations d'activité 28

8. DÉVELOPPEMENT SAIN DANS L'ENFANCE 28
- 8.1 Mortalité infantile 28
- 8.2 Poids à la naissance 28
- 8.3 Grossesse dans l'adolescence 29
- 8.4 Tabagisme durant la grossesse 29
- 8.5 SAF/EAF 29
- 8.6 Allaitement maternel 30
- 8.7 Problèmes de santé dans l'enfance 30
- 8.8 Immunisation 30

9. SERVICES DE SANTÉ 31
- 9.1 Besoins non comblés en matière de soins de santé 31
- 9.2 Consultation du médecin 32
- 9.3 Consultation du dentiste 32
- 9.4 Taux d'hospitalisation 32
- 9.5 Utilisation des pharmacies 33
- 9.6 Dépenses de santé par habitant 33

10 PRISE EN CHARGE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS 33
- 10.1 Ententes de transfert 33
- 10.2 Professionnels de la santé autochtones 34
- 10.3 Formation et perfectionnement 34

11. CONCLUSION 35

RÉFÉRENCES 36

ANNEXE A : DÉFINITIONS 43

ANNEXE B : MÉTHODOLOGIE 46

1. INTRODUCTION

En décembre 1996, un document intitulé "Diagnostic de la santé des Premières nations et des Inuits" faisait le point sur l'état de santé des peuples des Premières nations et des Inuits vivant au Canada en se fondant sur les résultats des recherches et sur les données statistiques de l'époque.

Comme les groupes autochtones et les ministères fédéraux qui s'occupent des questions autochtones estimaient qu'une mise à jour s'imposait pour mieux refléter la situation et les tendances actuelles, un nouveau document, intitulé "La santé des Premières nations et des Inuits au Canada – Un second diagnostic", a donc été préparé. Ce rapport entend décrire l'état de santé des peuples autochtones et des Inuits à l'échelle du pays et, par là, mieux définir certains des grands enjeux qui ont une incidence sur la santé de ces populations. Cette analyse des principaux indicateurs et déterminants de la santé pourrait aussi aider les gouvernement fédéral et provinciaux, les organisations autochtones et les autres organisations qui s'intéressent aux problèmes de santé des Autochtones à mieux cerner les besoins, à fixer des objectifs et des priorités, à élaborer des programmes et des services et à formuler des politiques en la matière.

Vu le caractère limité des informations que nous possédons sur les Métis et les Indiens non inscrits, ce document porte surtout sur les Premières nations et, à un moindre degré, sur les Inuits. Les données sur l'ensemble de la population autochtone englobent toutefois les Métis et les Indiens non inscrits.

La grille qui a servi à analyser l'information de ce "Second diagnostic" est basée sur le modèle des déterminants de la santé, qui complète l'approche holistique de la santé propre aux Premières nations et aux Inuits. Pour les Autochtones, en effet, la santé englobe les dimensions physique, sociale, émotionnelle et spirituelle de l'être humain, et ces dimensions, qui sont interreliées, doivent être en état d'équilibre pour que la santé soit optimale. La santé est donc le résultat d'interactions complexes entre la structure de la population, les facteurs socio-économiques, l'environnement physique, le mode de vie, les caractéristiques individuelles et collectives, et les services de santé.

Compte tenu du peu de données disponibles (ainsi que de leur validité et de leur fiabilité parfois douteuses), des variations géographiques et des différences entre les sous-populations, il faut user de prudence dans l'interprétation et l'utilisation de l'information présentée ici. Ce rapport se veut un aperçu général de l'état de santé des peuples des Premières nations et des Inuits à l'échelle nationale. Il pourrait cependant y avoir d'importantes variations entre les provinces et les territoires, entre les régions, de même qu'entre les différents sous-groupes de la population autochtone. En effet, les données disponibles ne permettent pas de faire une analyse aussi détaillée qui, dès lors, échappe à la portée du présent document.

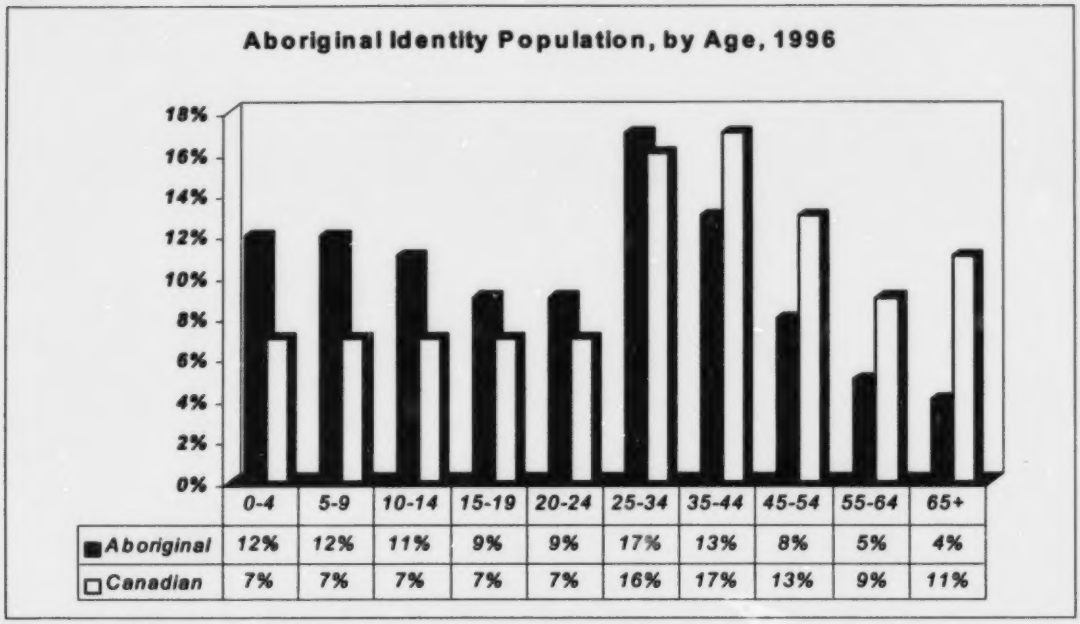
2. POPULATION

La taille, la structure d'âge et la répartition géographique d'une population ont une incidence sur son état de santé et sur ses besoins.

2.1 La population

Au recensement de 1996, 799 010 personnes ont déclarées être autochtones au Canada, ce qui représente environ 3 % de la population totale du pays. Près des deux-tiers d'entre elles ont déclaré être des Indiens de l'Amérique du Nord et le quart, des Métis; un Autochtone sur vingt a déclaré être Inuit[1]. La répartition par sexe au sein de la population autochtone ressemblait beaucoup à celle de l'ensemble de la population, les hommes et les femmes étant à peu près à égalité[2]. Ce n'était toutefois pas le cas de la répartition par âge, comme en témoigne la figure 1. En 1996, en effet, l'âge moyen de la population autochtone canadienne était de 25,5 ans, soit 10 ans de moins que celui de la population totale, qui était de 35,4 ans. Un peu plus du tiers (35 %) des Autochtones avait moins de 15 ans, comparativement à environ 21 % de l'ensemble de la population, et quelque 4 % seulement avaient plus de 65 ans, comparativement à environ 12 % dans l'ensemble de la population canadienne[1].

Figure 1



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Aboriginal	12%	12%	11%	9%	9%	17%	13%	8%	5%	4%
Canadian	7%	7%	7%	7%	7%	16%	17%	13%	9%	11%

Source : Statistique Canada (1998)
Note : Les totaux peuvent dépasser 100 pour cent à cause de l'arrondissement.

Aboriginal identity... = Population d'identité autochtone, selon le groupe d'âge, 1996
Aboriginal = Autochtones
Canadian = Canadiens

En 1996, les plus fortes proportions d'Autochtones se retrouvaient en Ontario (17,7 %), en Colombie-Britannique (17,5 %) et au Manitoba (16,1 %), et les plus faibles au Yukon (0.8 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (0,1%). L'Ontario abritait la plus forte proportion d'Indiens de l'Amérique du Nord (21,4 %), l'Alberta la plus forte proportion de Métis (24,1 %), et les Territoires du Nord-Ouest, la plus abondante population d'Inuits (59,5 %). C'est toutefois dans les Territoires du Nord-Ouest que la concentration d'Autochtones était la plus élevée, ceux-ci y constituant près des deux tiers (61,9 %) de la population totale. Au Yukon, au Manitoba et en Saskatchewan, ces concentrations étaient respectivement de 20,1 %, 11,7 % et 11,4 %. À l'Île-du-Prince-Édouard, par contre, les Autochtones représentaient moins de 1 % de la population[1].

Trente pour cent (39 %) de la population autochtone totale vivaient dans les 25 régions métropolitaines de recensement du Canada, alors que ce n'était le cas que de 6 % des Inuits[3].

En 1997, 623 groupes ou bandes figuraient au registre au Canada. Le nombre moyen de personnes dans une bande était de 1 006, pour une fourchette oscillant entre moins de 100 et plus de 2 000[4].

En 1996, près de la moitié (46,6 %) des personnes inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* vivaient dans une réserve. Les proportions d'Indiens inscrits vivant dans une réserve allaient de près des trois-quarts (73,0 %) en Nouvelle-Écosse, à 2,0 % dans les Territoires du Nord-Ouest[5].

Toujours en 1996, 17,7 % des Indiens inscrits vivant dans une réserve habitaient dans une zone à accès spécial, c'est-à-dire qu'ils n'avaient pas d'accès routier à longueur d'année au centre de services le plus près, un centre de services consistant en une agglomération où l'on peut trouver des fournitures, des matériaux et du matériel, un bassin de main-d'oeuvre spécialisée et semi-spécialisée, des institutions financières, des services de santé et hospitaliers, et d'autres services provinciaux et fédéraux. Deux pour cent (2,0 %) vivaient en zone éloignée, c'est-à-dire dans un rayon de plus de 350 km du centre de services le plus près, accessible par la route à longueur d'année[6].

Le taux de fécondité au sein de la population autochtone est supérieur d'environ 69 % à celui de la population totale du Canada. En 1996, on dénombrait 491 enfants autochtones âgés de moins de cinq ans pour 1 000 femmes autochtones en âge de donner naissance à un enfant, comparativement à 290 enfants pour 1 000 femmes dans l'ensemble de la population canadienne. Ce phénomène explique en partie le taux de croissance démographique plus élevé observé chez les Autochtones[1].

En 1985, le Projet de loi C-31 redonnait leur statut d'Indien à ceux qu'il l'avait perdu à cause de leur sexe ou de leur état matrimonial. Cette *Loi* a joué pour beaucoup dans la croissance de la population autochtone. En fait, 19 199 personnes ont été ajoutées au Registre des Indiens en vertu de la loi en 1987, et ces nouveaux inscrits représentaient plus de 17 % de la population totale des Indiens inscrits en 1996[6]. La population d'Indiens inscrits vivant dans des réserves augmente à raison de 2,9 % par année, un taux de croissance environ deux fois plus élevé que le taux national. La population des Indiens inscrits devrait augmenter de 20 % entre 1998 et 2008, comparativement à 10 % pour la population totale du Canada[7].

3. ÉTAT DE SANTÉ

Historiquement, la population autochtone a toujours été en moins bonne santé que la population non autochtone.

3.1. Maladies chroniques

En 1997, comme l'indique le tableau 1, la prévalence des maladies chroniques autodéclarées chez les Inuits du Labrador et les peuples des Premières nations était plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne, et ce dans tous les groupes d'âge et pour les deux sexes[8-9]. Elle était

également plus élevée que la prévalence observée lors de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991 et présentait des comorbidités complexes[10-11]. Les maladies cardiaques, l'hypertension et le diabète sont considérés comme des maladies relativement "nouvelles" dans les communautés autochtones. Bien que la prévalence autodéclarée de cancer y soit relativement faible (1,5 % chez les hommes et 2,8 % chez les femmes) par rapport à celle des autres états chroniques, on a noté une augmentation apparente des cas de cancer au cours des années[10,113]. On ignore cependant dans quelle mesure cette augmentation est attribuable à l'amélioration des mécanismes de déclaration.

Tableau I – Maladies chroniques

Affection chronique	Sexe	Prévalence ajustée selon l'âge (%)		Ratio PN&I/Canadiens
		Premières nations et Inuits du Labrador (PN&I)	Population canadienne totale	
Troubles cardiaques	Hommes	13	4	33
	Femmes	10	4	25
Hypertension	Hommes	22	8	28
	Femmes	25	10	25
Diabète	Hommes	11	3	37
	Femmes	16	3	53
Arthrite/Rhumatisme	Hommes	18	10	18
	Femmes	27	18	15

Sources : Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits (1999) et Enquête nationale sur la santé de la population 1994/1995 (1996).

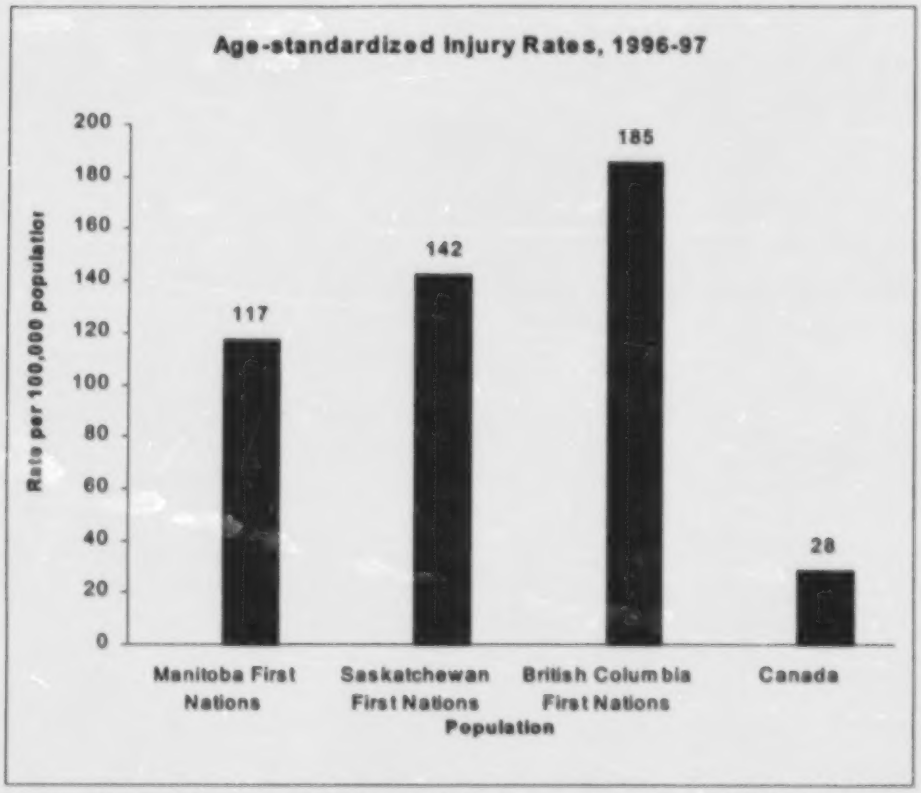
Le diabète est particulièrement problématique dans les populations des Premières nations, où il est surtout du type non insulinodépendant. En effet, l'âge de survenue de la maladie est moins élevé chez les Autochtones, et ses complications, comme l'insuffisance rénale terminale et les risques cardiovasculaires, sont plus fréquentes et semblent évoluer plus rapidement[10,12-15]. Même si la fréquence de survenue des nouveaux cas ne change pas, on estime que le nombre de diabétiques au sein des peuples des Premières nations du Manitoba triplera d'ici l'an 2016 (passant de 16 à 27 %), même si l'incidence demeure stable[12,14]. La communauté autochtone de Sandy Lake, dans le nord-ouest de l'Ontario, affiche quant à elle un taux de diabète de 26 %, soit le troisième taux en importance dans le monde, un taux de quatre à cinq fois plus élevé que la moyenne nationale[16,12]. Une prédisposition génétique au stockage des lipides, combinée à un mode de vie moins actif et à un régime riche en graisse, jouerait un rôle dans la survenue du diabète chez les Ojibway et les Cris vivant dans cette petite communauté[16]. L'indice de masse corporelle s'est révélé être un facteur

prédictif indépendant et significatif de diabète[17], et un apport très faible en fibres a été associé aux cas de diabète nouvellement diagnostiqués[18]. De surcroît, d'après les données de l'Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits (ELRPNI), moins des deux tiers des diabétiques de ces populations avaient consulté une clinique du diabète ou reçu une éducation sur la question[10].

3.2 Mortalité

En 1996-1997, les peuples des Premières nations et les Inuits de l'Est du Canada, des Prairies et des provinces de l'Ouest affichaient des taux de mortalité près de 1,5 fois supérieurs au taux national de 1996[19-25]. Bien que l'on ne possède que les taux bruts pour les provinces de l'Atlantique et du Québec, le profil de mortalité des Autochtones y est semblable à celui de l'ensemble de la population, les maladies cardiovasculaires (appareil circulatoire) étant la principale cause de décès, suivies par le cancer, les lésions traumatiques et les empoisonnements[19-20,26].

Figure 2



Sources : Bureau régional de la DGSM au Manitoba, Bureau régional de la DGSM en Saskatchewan, Bureau de l'état civil de la Colombie-Britannique, Statistique Canada (1998).
Notes : Les taux pour les Premières nations datent de 1997 et ceux du Canada de 1996. Les données pour le Canada sont de 1996.
Les données pour l'Atlantique et le Québec ne sont pas présentées ici parce qu'on ne possédait que les taux bruts. Les données pour l'Alberta n'étaient pas disponibles.

Age-standardized...	=	Taux de lésions traumatiques standardisé selon l'âge, 1996-1997
Rate per...	=	Taux pour 100 000 habitants
Manitoba First...	=	Premières nations – Manitoba
Saskatchewan...	=	Premières nations – Saskatchewan
British...	=	Premières nations – Colombie-Britannique

À l'opposé, la principale cause de décès chez les peuples autochtones des Prairies et de la Colombie-Britannique était les lésions traumatiques et les empoisonnements, suivis par les affections de l'appareil circulatoire et le cancer[21-22,24]. Comme en témoigne la figure 2, les peuples des Premières

nations et les Inuits risquaient cependant environ 6,5 fois plus que la population totale du Canada de mourir de lésions traumatiques et d'empoisonnements. Dans les deux populations, le taux de mortalité attribué à cette catégorie de causes était par ailleurs plus élevé chez les hommes.

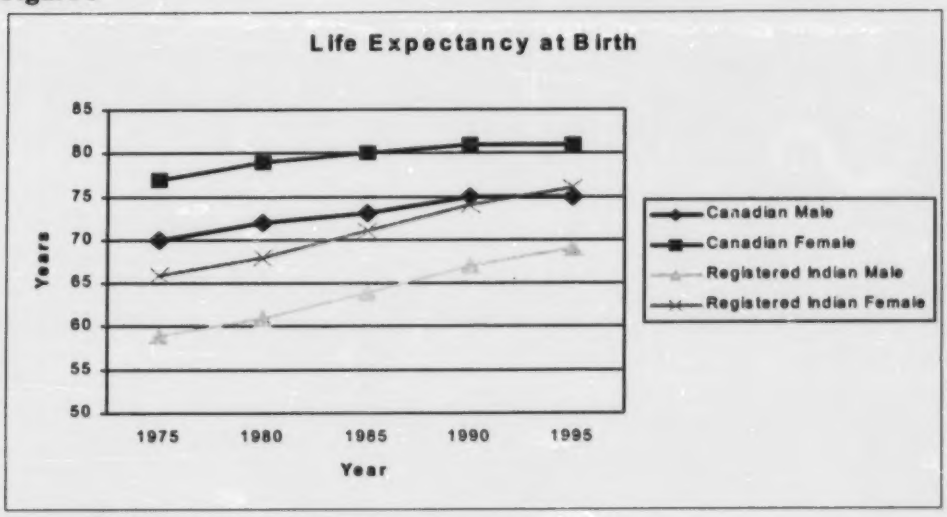
3.3 Années potentielles de vie perdues

D'après des données recueillies dans les Prairies et en Colombie-Britannique, en 1997, les lésions traumatiques et les empoisonnements étaient les principales causes d'années potentielles de vie perdues (APVP), répondant pour près de la moitié des APVP. Les décès prématurés attribuables à cette catégorie de causes dans ces provinces étaient près de sept fois plus nombreux que ceux attribuables à d'autres causes[21-22,24]. À titre de comparaison, la principale cause d'APVP dans la population canadienne générale en 1995 était le cancer, même si les lésions traumatiques étaient la principale cause de mortalité prématurée chez les hommes et la deuxième cause d'APVP, avec les maladies cardiovasculaires, chez les femmes[27].

3.4 Espérance de vie

Comme l'indique la figure 3, l'espérance de vie dans la population des Indiens inscrits s'est accrue de près de 10 ans entre 1975 et 1995[6]. Cela pourrait être dû en partie à une diminution du taux de mortalité infantile et à l'afflux des nouveaux inscrits en vertu du Projet de loi C-31, qui étaient généralement plutôt jeunes. En 1995, l'espérance de vie à la naissance était de 69,1 ans pour les hommes et de 76,2 ans pour les femmes, soit un écart d'environ 7 ans entre les sexes[6]. La même année, l'espérance de vie de l'ensemble de la population canadienne était de 75,4 ans pour les hommes et de 81,3 ans pour les femmes, soit un écart d'environ 6 ans entre les sexes.

Figure 3



Sources : MAINC (1998) et Statistique Canada

Life expectancy...	=	Espérance de vie à la naissance
Years	=	Âge
Year	=	Année
Canadian Male	=	Canadiens
Canadian Female	=	Canadiennes
Registered... Male	=	Indiens inscrits de sexe masculin
Registered... Female	=	Indiens inscrits de sexe féminin

Les hommes de la population canadienne générale peuvent donc espérer vivre 6,3 ans de plus que les Indiens inscrits du même sexe, et les femmes 5,1 ans de plus que les indiennes inscrites. Bien que l'écart entre les sexes se soit lentement refermé dans l'ensemble de la population canadienne depuis le début des années 70[28-31], il a légèrement augmenté dans la population des Indiens inscrits entre 1975 et 1980, pour demeurer stable par la suite[6]. Il est intéressant de remarquer qu'en 1995, l'espérance de vie des Indiens inscrits de sexe féminin dépassait celle des Canadiens non autochtones de sexe masculin[6,31].

3.5 Santé des aîné(e)s

En 1997, un peu plus de la moitié des Autochtones et des Inuits de sexe masculin âgés de 45 ans et plus, et un peu plus du tiers des femmes âgées se disaient en excellente ou en bonne santé[8]. À titre de comparaison, l'année précédente, environ les trois-quarts des personnes âgées (le groupe de

comparaison le plus près que l'on puisse trouver) de la population générale du Canada se disaient en excellente, en très bonne ou en bonne santé[32]. Les principaux problèmes de santé signalés par les femmes âgées des populations inuites du Labrador et autochtones étaient les suivants (par d'ordre de fréquence) : hypertension, arthrite/rhumatisme, diabète et troubles cardiaques[8]. Dans la population générale, toujours par ordre de fréquence, les femmes souffraient surtout d'arthrite/rhumatisme, d'hypertension, de troubles cardiaques et de diabète[9]. De leur côté, les hommes âgés des populations inuites du Labrador et des Premières nations déclaraient des problèmes comme l'hypertension et l'arthrite/rhumatisme, les troubles cardiaques et le diabète[8], dans le même ordre de fréquence que chez les hommes de la population canadienne générale[9]. La prévalence des affections chroniques était toutefois supérieure chez les personnes âgées autochtones et inuites que chez celles de la population générale, pour les deux sexes[8-9].

4. ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

L'environnement socio-économique d'une population, tel qu'exprimé par le niveau d'instruction, le taux d'emploi et le revenu, est un puissant prédicteur de l'état de santé.

4.1 Chômage et aide sociale

En 1997-1998, le taux de chômage dans les réserves atteignait environ 29%, soit près du triple du taux national officiel, qui était de 10 %[7]. De surcroît, plus du tiers des répondants de l'ELNPNI n'ont observé aucun progrès dans les perspectives d'emploi entre 1995 et 1997[33]. Au cours de l'année financière précédente, le nombre mensuel moyen de bénéficiaires de l'aide sociale dans la population des Indiens inscrits vivant dans une réserve s'élevait à 68 790, soit environ le cinquième des gens vivant dans une réserve[6]. En 1997, le nombre estimatif de bénéficiaires de l'aide sociale provinciale et municipale dans la population canadienne générale était de 2 774 900, soit environ un Canadien sur dix[35].

4.2 Scolarité

En 1996, 54 % de la population autochtone âgée de 15 ans et plus ne détenaient pas de certificat d'études secondaires, comparativement à 35 % de la population non autochtone. Seulement 4,5 % possédaient un diplôme ou un certificat universitaire, comparativement à 16 % de la population non autochtone. On a toutefois observé une légère amélioration du niveau de scolarité des Autochtones entre 1981 et 1996. La proportion de la population autochtone âgée de 20 à 29 ans et diplômée postsecondaire (universitaire ou non) est passée de 19 % à 23 %, alors que la proportion ayant un certificat ou un diplôme universitaire a augmenté de 3 % à 4 %. Durant ces quinze années, la proportion d'Autochtones ayant moins qu'un certificat d'études secondaires s'est également améliorée, passant de 59 % à 45 %[36].

Cette amélioration du niveau de scolarité des Autochtones pourrait être due à l'augmentation du nombre d'écoles exploitées par les bandes (passé de 262 en 1987-1988, à 448 en 1997-1998)[7], à l'augmentation du financement accordé par le fédéral pour les études post-secondaires (passé de 109 millions de dollars en 1987-1988, à 274 millions de dollars en 1997-1998) et à l'implantation de programmes d'études autochtones dans un plus grand nombre d'universités canadiennes (plus de 13 universités en 1980). À la fin des années 97, 98 % des écoles dans les réserves étaient administrées par les Premières nations elles-mêmes, et de nombreuses communautés possédaient leurs propres écoles secondaires[37], ce qui leur permettait de préserver leurs traditions. Les réponses données à l'ELNPNI témoignent de ces améliorations, plus des trois-quarts des participants déclarant avoir perçu un progrès dans les programmes culturels des écoles entre 1995 et 1997[33]. Une autre retombée positive de la prise en charge de leur éducation par les Autochtones peut s'observer dans l'augmentation du pourcentage d'élèves vivant dans les réserves qui poursuivent leurs études sans interruption jusqu'à la douzième année, qui est passé de 37 %, en 1987-1988, à 74 %, en 1997-1998[7].

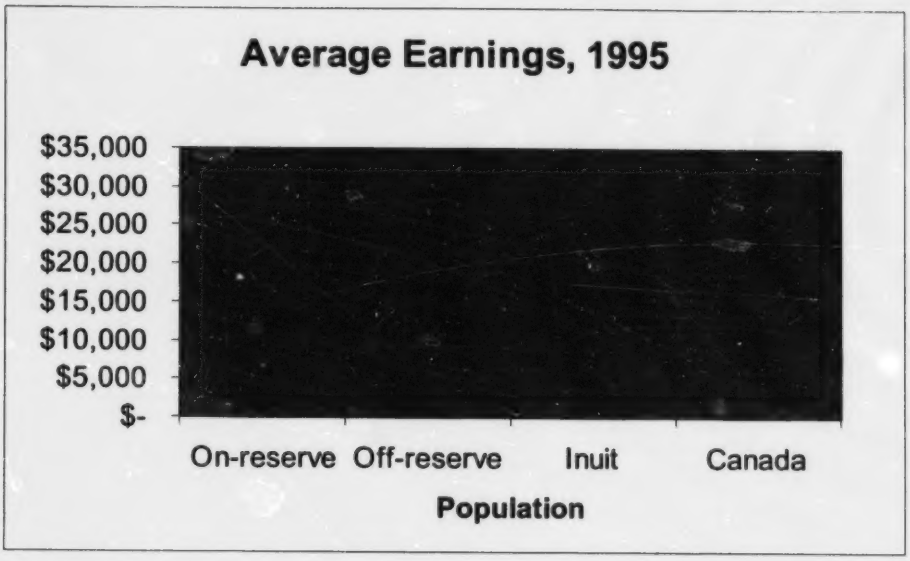
4.3 Emploi

En 1995, près du tiers des travailleurs autochtones âgés de 15 ans et plus travaillaient dans le secteurs des ventes et des services, comparativement à environ le quart de la population non autochtone[38]. Au cours de la même année, les emplois dans ce secteur représentaient un peu plus des deux-tiers des 25 postes les moins bien rémunérés au Canada. C'est toutefois en administration que l'on trouvait près de la moitié des postes les mieux rémunérés[39], et la proportion de travailleurs autochtones occupant des postes administratifs était environ 1,5 fois plus faible que celle de la main-d'oeuvre non autochtone[38]. Les emplois dans le secteur de la santé et dans celui des sciences naturelles et appliquées arrivaient respectivement au deuxième et au troisième rang sur le plan de la fréquence parmi les 25 emplois les mieux rémunérés[39]. Les travailleurs autochtones oeuvrant dans ces deux catégories étaient deux fois moins nombreux que les non autochtones. La répartition des professions chez les Autochtones pourrait contribuer quelque peu à la faiblesse de leur revenu d'emploi moyen.

4.4 Revenu

En 1995, le revenu d'emploi moyen des Autochtones s'élevait à 17 382 dollars, soit 1,5 fois moins que la moyenne nationale de 26 474 dollars.

Figure 4



Source: Statistique Canada (1998).
Note : Il faut tenir compte du fait que les Autochtones inscrits ne paient pas d'impôt sur le revenu, ce qui diminue l'écart apparent dans les revenus.

Average...	=	Revenus moyens, 1995
$35,000, etc...	=	35 000 $...
On-reserve	=	Dans les réserves
Off-reserve	=	Hors réserve
Inuit	=	Inuits

Le revenu moyen de la population vivant dans des réserves s'élevait à 14 055 dollars, soit un revenu inférieur de 24 % à celui de la population autochtone vivant hors réserve (voir figure 4). Environ 60% de l'écart observé entre les revenu moyen de la population autochtone et celui de la population canadienne totale pourraient être dus au nombre moins élevé de travailleurs autochtones à plein temps, à la proportion plus élevée de soutiens de famille autochtones de moins de 35 ans et au nombre plus élevé de travailleurs autochtones ne détenant pas de diplôme d'études secondaires. Cette même année, 44 % de la population autochtone se situaient sous le seuil de faible revenu de Statistique Canada, comparativement à 20 % dans la population canadienne totale. La proportion d'enfants autochtones vivant dans une famille à faible revenu était plus de deux fois supérieure au taux national, ce qui pourrait en partie s'expliquer par le plus grand nombre de familles monoparentales chez les Autochtones[39].

4.5 Familles monoparentales

En 1996, près du tiers (32 %) des enfants autochtones de moins de 15 ans vivaient dans une famille monoparentale, soit deux fois plus que dans la population totale[1]. Leur vulnérabilité à la pauvreté s'en trouvait accrue, étant donné que les familles monoparentales disposaient d'un revenu familial moyen correspondant à la moitié de celui de l'ensemble des familles en 1995[39].

4.6 Interaction avec le système juridique

En 1996-1997, les Autochtones représentaient 15 % des admissions dans les établissements correctionnels fédéraux et 16 % des admissions dans des établissements provinciaux ou territoriaux, alors qu'ils ne constituaient qu'environ 3 % de la population canadienne totale. Dans l'ouest du pays, ils étaient surreprésentés parmi les admissions pour détention sous garde. En Saskatchewan, ils représentaient 74 % des admissions dans les établissements correctionnels provinciaux, soit près de sept fois leur représentation au sein de la population de la province[40].

5. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

L'environnement physique est un important facteur dans l'exposition à divers dangers, comme ceux que présentent les organismes infectieux, les contaminants chimiques et biologiques, le stress et les lésions traumatiques.

5.1 Itinérance

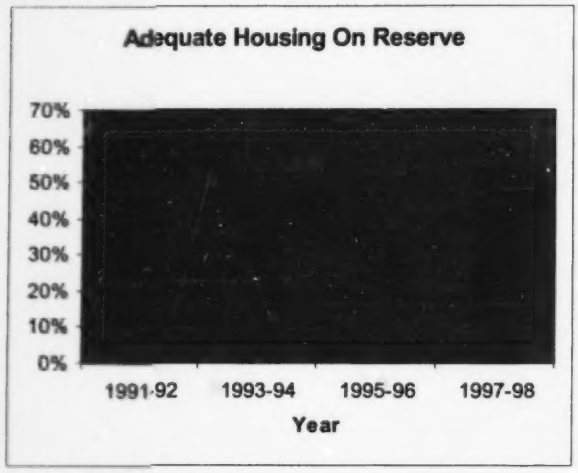
Il semble que les Autochtones constituent le plus important sous-groupe de population le plus à risque d'itinérance au Canada. En effet, les facteurs de risque d'itinérance, notamment le chômage, la dépendance à l'égard de l'aide sociale, la pauvreté, l'abus de substances, les problèmes de santé physique et mentale, et la violence familiale et l'abus sexuel, sont en général plus fréquents dans les communautés autochtones. De surcroît, les Autochtones sont parfois victimes du racisme et de la discrimination sur le marché de l'habitation. Comme beaucoup vivent dans des logements en mauvais état et dans des conditions déplorables dans les réserves et les communautés éloignées, nombreux sont ceux qui migrent vers les centres urbains pour trouver un emploi, étudier et mieux se loger. Toutefois, à cause de leur attachement à la réserve, ils alternent souvent entre la vie dans la réserve (en été) et en ville (en hiver), ce qui les oblige chaque fois à se trouver un nouvel endroit où vivre lors de leur retour en ville. Les abris et les organismes qui s'occupent des sans-abris au Canada déclarent de fortes proportions de clients autochtones, allant d'environ 10 % dans les abris pour femmes de la région d'Ottawa-Carleton, à environ 70 % à Yellowknife et dans les abris pour jeunes qui se sont enfuis du foyer à Winnipeg. La plupart des estimations tournent aux alentours de 50 %[41].

5.2 Logement

En 1991, le nombre moyen de personnes par logement privé occupé dans la population des Indiens inscrits vivant dans des réserves était d'environ 4,1, comparativement à 2,7 pour la population canadienne totale. Le surpeuplement des logements était particulièrement fréquent dans les provinces des Prairies et au Québec[42]. Vingt-deux pour cent (22 %) des logements dans les réserves comptaient plus d'une personne par pièce, comparativement à seulement 1 % dans le reste du Canada[7]. Le surpeuplement dans les réserves pourrait être dû en partie à la taille supérieure des familles autochtones et inuites et à la superficie moindre des logements. Environ 10 % des répondants de l'ELNPNI vivaient dans des familles comptant plus de 4 enfants allant jusqu'à 11 ans vivant à la maison[43], comparativement à aucun des répondants de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes[44]. En 1996, les logements de bande comptaient un nombre moyen de pièces inférieur aux autres logements[45]. La promiscuité intense peut favoriser la transmission de maladies infectieuses comme la tuberculose, l'hépatite A et la shigellose[43], qui, selon les rapports épidémiologiques, affichent des taux considérablement plus élevés dans les provinces et territoires comptant des concentrations élevées d'Autochtones[46]. Le surpeuplement peut également accroître le risque de lésions traumatiques, les troubles de santé mentale, de même que les tensions et la violence au sein des familles[11,47].

En 1997-1998, le proportion de logements convenables dans les réserves s'élevait à 54 %, en hausse de 46 % par rapport à 1991-1992 (voir figure 5)[7]. Plus des deux tiers des répondants de l'ELNPNI affirment avoir noté des progrès dans la qualité du logement entre 1995 et 1997[33]. Les logements de bande sont cependant toujours en moins bon état que les autres logements. En 1996, la proportion des logements de bande susceptibles de nécessiter des réparations majeures étaient quatre fois plus grande que celle des autres logements (37 % comparativement à 8 %), et la proportion d'entre eux nécessitant des réparations mineures était également plus élevée (33 % comparativement à 26 %)[48]. À cause de l'isolement, les coûts de construction sont plus élevés dans de nombreuses communautés autochtones, car il faut faire venir les matériaux des centres de matériaux de construction éloignés. La situation est encore pire dans les régions septentrionales, où les normes de construction sont plus sévères à cause du froid intense[47].

Figure 5



Source : MAINC (1998)

Adequate ...	=	Logements convenables dans les réserves
Year	=	Année
70%, etc,	=	70 %

En l'absence d'un système de ventilation efficace, un logement étanche possiblement surpeuplé peut, par grand froid, atteindre des taux d'humidité élevés persistants. Et une humidité élevée prolongée peut favoriser la croissance de moisissures dont on sait qu'elles ont de multiples effets indésirables sur la santé humaine, notamment des maladies respiratoires et du système immunitaire.

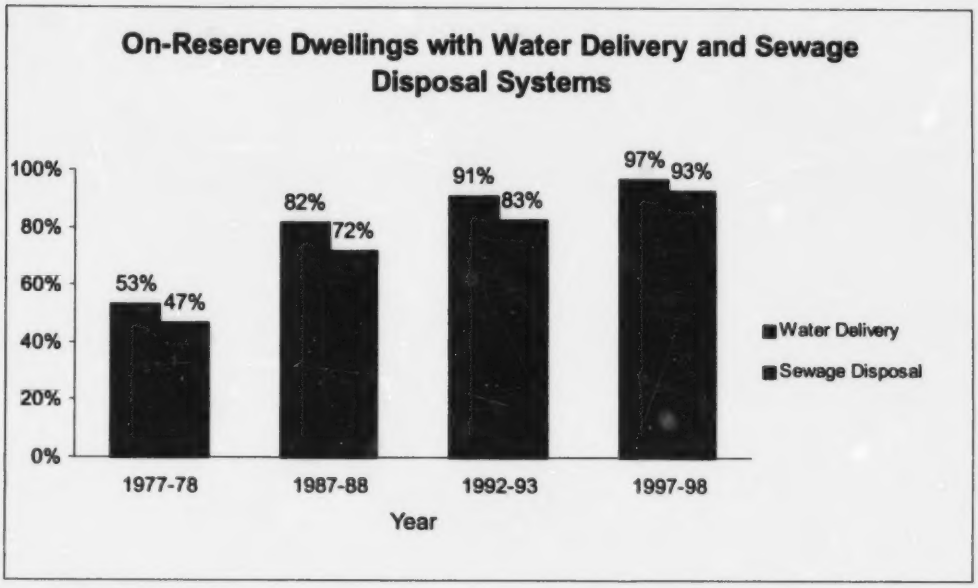
Ce problème des moisissures n'a été identifié que récemment dans les logements autochtones et on ignore encore toute l'ampleur et l'impact qu'il peut avoir sur la santé. Plusieurs organismes fédéraux, dont Santé Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, exercent actuellement une surveillance environnementale et font des études sur la santé humaine afin de déterminer la nature et l'ampleur du risque et de trouver des solutions efficaces au problème. Plusieurs documents d'information ont aussi été préparés pour sensibiliser les résidents[109], la direction des bandes[110] et les travailleurs de l'hygiène du milieu[111] au problème, et leur faire connaître les meilleures façons de réduire ou d'éliminer les moisissures.

5.3 Infrastructure

En 1997–1998, 97 % des logements dans les réserves étaient approvisionnés en eau et 93 % étaient dotés de systèmes d'évacuation des eaux usées, ce qui constitue une amélioration par rapport aux 82 % et aux 72 % enregistrés en 1987–1988. (voir figure 6). Plus des trois-quarts des répondants de

l'ELNPNI estimaient qu'il y avait eu progrès au chapitre de l'approvisionnement et de l'assainissement des eaux entre 1995 et 1997[33].

Figure 6



Source : MAINC (1998)

On-Reserve....	=	Logements disposant de systèmes d'approvisionnement en eau et d'évacuation des eaux usées dans les réserves
Year	=	Année
100%, etc.	=	100 %, etc.
Water Delivery	=	Approvisionnement en eau
Sewage...	=	Évacuation des eaux usées

5.4 Tuberculose

Entre 1991 et 1996, l'incidence de la tuberculose, qui était au départ de 58,1 pour 100 000 personnes dans les collectivités autochtones et inuites, a diminué en moyenne de 7 % par année. Durant cette période, les taux d'incidence standardisés en fonction de l'âge chez les membres des Premières nations vivant dans des réserves ont été en moyenne six fois plus élevés que dans la population non autochtone (40 pour 100 000 personnes comparativement à 7 pour 100 000). L'incidence actuelle de la tuberculose parmi les membres des Premières nations vivant dans des réserves est identique à celle observée chez les Canadiens nés à l'étranger et 18 fois plus élevée que dans la population non autochtone née au Canada. Les taux étaient très similaires chez les hommes et chez les femmes, et

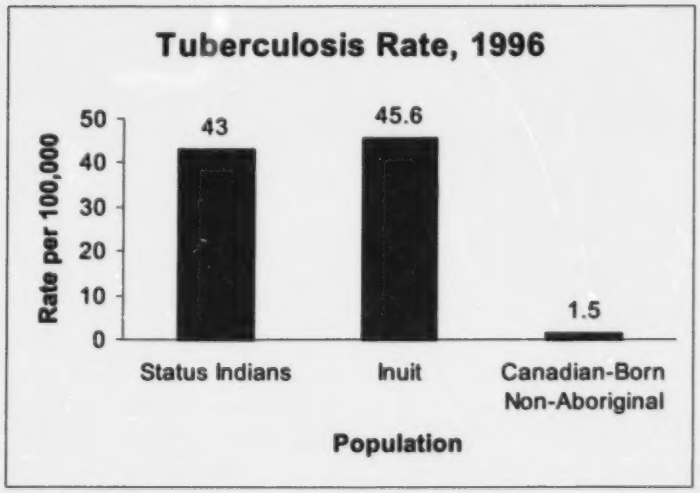
les plus élevés ont été observés chez les très jeunes (0 à 4 ans) et les personnes âgées (plus de 65 ans). Parmi les régions de la DGSM en 1996, c'est en Saskatchewan que l'on a relevé les taux de tuberculose les plus élevés(105 pour 100 000 personnes) et dans la région de l'Atlantique (0 pour 100 000) que l'on a relevé les plus faibles.

Tableau II - Taux d'incidence de la tuberculose standardisé selon l'âge chez les membres des Premières nations vivant dans des réserves : 1991-1996

Année	nbre de cas de tuberculose parmi les membres des Premières nations vivant dans des réserves	Taux d'incidence de la tuberculose standardisé selon l'âge chez les membres des PN vivant dans des réserves	nbre de cas de tuberculose au Canada	Taux d'incidence de la tuberculose standardisé selon l'âge au Canada
1991	161	58,1	2018	7,2
1992	204	72,4	2108	7,2
1993	122	42,4	2012	7,4
1994	123	45,2	2074	6,9
1995	124	43,4	1930	7,1
1996	101	35,8	1849	6,5

Source : Les données du numérateur proviennent du LLCM; les données du dénominateur proviennent du MAINC. La standardisation selon l'âge est basée sur la population canadienne de 1991.

Figure 7



Source : LLCM (1998)

Tuberculose... = Taux de tuberculose, 1996

Rate per...	=	Taux pour 100 000 personnes
Status...	=	Indiens inscrits
Inuit	=	Inuits
Canadian...	=	Non-autochtones nés au Canada

Les énormes variations observées dans l'occurrence de la tuberculose selon le groupe de population, la région de la DGSM, l'année civile, le statut bacillaire et d'autres facteurs sont analysées en détail dans une publication récente[108].

5.5 Contaminants environnementaux

Les contaminants environnementaux, comme les biphényles polychlorés (BPC) et le mercure, constituent une menace pour la santé des enfants (en particulier pour le foetus en développement et les nouveau-nés), et peuvent notamment causer des troubles du développement et avoir des effets toxiques sur le système immunitaire[50-52]. Les peuples des Premières nations et les Inuits sont plus à risque d'exposition à ces contaminants à cause de leur régime alimentaire traditionnel, composé de poissons et de mammifères marins, dans lesquels les contaminants ont tendance à s'accumuler[51-52]. De surcroît, les concentrations de méthylmercure ont augmenté dans les bassins hydrographiques à cause des réservoirs hydroélectriques, des exploitations minières et des industries des pâtes et papiers[51].

Plus de 60 % des enfants inuits de moins de 15 ans et près de 40 % des femmes inuites en âge de procréer habitant dans l'île Broughton, au Nunavut, affichent des charges corporelles qui dépassent les limites "tolérables" prescrites dans les lignes directrices de Santé Canada[53]. Une étude réalisée au Québec a révélé qu'entre 1993 et 1996, les concentrations de BPC relevées chez les nouveau-nés inuits et montagnais québécois de la moyenne et de la basse Côte-Nord du Saint-Laurent étaient quatre fois supérieures à celles relevées chez les nouveau-nés du sud de la province. De surcroît, les concentrations observées chez les nouveau-nés inuits et montagnais dépassaient le seuil au-delà duquel surviennent généralement des déficiences cognitives. Les concentrations de mercure chez les Inuits du Québec et des Territoires du Nord-Ouest étaient de six à quatorze fois supérieures aux concentrations relevées chez les nouveau-nés du sud du Québec et dépassaient le seuil d'apparition de déficiences neurologiques[51]. Une autre étude a par contre montré que la proportion de la population crie de la région de la Baie James chez qui les concentrations de mercure dépassent les 15 mg/kg était passée de 14,2 % en 1988 à 2,7 % en 1993-1994, d'importantes variations étant cependant observées entre les communautés[54]. Néanmoins, comme le souligne Clarkson[55], si l'on se fie aux nouvelles lignes directrices révisées de Santé Canada, même à une concentration même aussi faible que 1 mg/kg, le mercure pourrait constituer une menace pour la santé.

La crainte de la contamination peut inciter les Autochtones à modifier leurs habitudes alimentaires et leurs modes de vie, ce qui peut en retour avoir des conséquences négatives pour

leur santé, le gibier et le poisson étant pour eux d'importantes sources de nutriments essentiels[51,56]. De surcroît, ces changements apportés aux modes de vie traditionnels affaiblissent le lien spirituel des Autochtones avec la terre et exacerbent le problème de la perturbation culturelle[56]. D'après les réponses données à l'ELNPNI, plus du tiers des répondants estiment qu'il n'y a eu aucun progrès en faveur du renouvellement de la relation avec la terre dans leurs communautés[33].

6. HYGIÈNE PERSONNELLE

6.1 Tabagisme

En 1997, 62 % des membres des Premières nations et des Inuits de 15 ans et plus fumaient[57], soit un taux légèrement supérieur au double de celui de l'ensemble de la population canadienne en 1996-1997 (29 %)[58]. Le taux de tabagisme autodéclaré lors de l'ELNPNI était le même que lors de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 1991[57]. Le rapport fumeurs autochtones et non autochtones était semblable dans les Territoires du Nord-Ouest en 1996[59]. D'après l'ELNPNI, le taux de tabagisme diminue avec l'âge, tout comme dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)[58]. Les Inuits du Labrador et les Autochtones commencent à fumer dès l'âge de 6 à 8 ans, le taux d'initiation augmentant rapidement à partir de 11 et 12 ans et atteignant un sommet à l'âge de 16 ans[57]. L'âge de pointe pour l'initiation était semblable dans la population canadienne générale[58]. Les fumeurs autochtones et inuits étaient plus susceptibles de souffrir d'une affection chronique. En outre, les taux de tabagisme ont été négativement associés à la réussite scolaire[57].

6.2 Abus d'alcool, de substances et de solvants

L'abus d'alcool et de solvants est considéré comme un problème majeur dans les communautés autochtones[59-62]. En 1996-1997, 46 % des personnes traitées dans des établissements de désintoxication et de traitement dans le district sanitaire de Regina étaient d'ascendance autochtone ou métisse[60]. D'après les données provenant des centres de traitement de la toxicomanie, des dossiers sur les hospitalisations liées à l'alcool et des relevés des décès attribuables à des morts violentes (comme le suicide), l'alcool est la drogue dont on abuse le plus, et les conséquences négatives de l'abus d'alcool et de substances sont plus graves chez les Autochtones canadiens[62]. Les jeunes Autochtones sont de deux à six fois plus à risque de problèmes associés à l'alcool que les jeunes non autochtones de la population canadienne. Selon un rapport du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario, les Autochtones de sexe masculin seraient plus enclins à abuser de l'alcool tandis que leurs homologues de sexe féminin ne consommeraient en général que des drogues[61]. Les épisodes de consommation excessive d'alcool semblent être une habitude chez les Autochtones[59,62], ce qui a des conséquences particulières pendant la grossesse.

En 1996, les Autochtones âgés de 15 ans et plus vivant dans les Territoires du Nord-Ouest étaient près de trois fois plus susceptibles que les résidents non autochtones d'avoir consommé de la marijuana ou du hachisch au cours de l'année antérieure, et trois fois et demie plus susceptibles d'avoir pris du LSD, des amphétamines, de la cocaïne, du crack ou de l'héroïne[59]. La situation chez les Autochtones et les Inuits ne semble pas vouloir s'améliorer. En effet, d'après plus de la moitié des répondants de l'Étude longitudinale régionale, il n'y a eu aucun progrès dans la réduction de l'abus d'alcool et d'autres drogues entre 1995 et 1997[33].

L'usage de solvants et d'alcool non destiné à servir de boisson chez les enfants autochtones semble répandu[62]. Un jeune sur cinq, dont le tiers est âgé de moins de 15 ans , a en effet utilisé des solvants. Plus de la moitié a commencé à en consommer avant d'avoir atteint l'âge de 11 ans[61]. Selon l'Enquête des Territoires du Nord-Ouest sur l'abus des alcools et des stupéfiants menée en 1996, les Autochtones âgés de 15 ans et plus étaient environ onze fois plus susceptibles d'avoir déjà respiré des solvants ou des aérosols que les répondants non autochtones, et près de vingt-quatre fois plus que le reste de la population canadienne[59].

6.3 Jeu compulsif

Le Conseil national du bien-être social signalait, en 1996, que les Autochtones tiraient des profits directs de l'exploitation de certains casinos en Saskatchewan, en Ontario et en Nouvelle-Écosse, et que des jeux de bienfaisance étaient organisés dans de nombreuses réserves. En 1995, un rapport de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission révélait que près de la moitié d'un échantillon d'élèves autochtones de la 5e à la 12e année étaient des joueurs compulsifs ou risquaient de le devenir. Une autre étude s'est penchée sur le problème chez les Autochtones de l'Alberta âgés de 15 ans et plus en 1994. Vingt-deux pour cent (22 %) étaient considérés comme des joueurs compulsifs, 40 %, comme des joueurs modérément pathologiques et 15 %, comme des joueurs sévèrement pathologiques. Les joueurs compulsifs et pathologiques avaient dépensé au jeu près de trois fois plus par mois que leurs homologues non autochtones de la province. Plus de 40 % avaient emprunté de l'argent d'un conjoint ou d'un parent pour soutenir leur habitude, et plus du tiers avaient dépensé à cette fin de l'argent provenant du bien-être social ou des allocations familiales. Ces personnes souffraient également d'autres problèmes d'accoutumance. Soixante-treize pour cent (73 %) fumaient, 60 % se rétablissaient d'un abus d'alcool ou de drogues, et 26 % abusaient toujours de l'alcool et des drogues[63].

6.4 Activité physique

À cause de l'érosion des modes de vie traditionnels, certains Autochtones n'ayant plus, ou presque plus, à pêcher, à chasser ou à piéger pour survivre, ont adopté un mode de vie plus sédentaire[16,64]. Une étude menée au début des années 90 a révélé que seulement 18,8 % des hommes inuits des Territoires du Nord-Ouest âgés de 13 à 39 ans, et 11,6 % des femmes inuites âgées de 13 à 29 ans étaient physiquement actifs. On a attribué leur mauvaise condition physique

à l'acculturation[65], c'est-à-dire à l'intégration sociale et au contact avec la population non autochtone.

6.5 Surpoids

Le surpoids semble être un problème de santé majeur chez les Autochtones canadiens, en particulier chez les femmes. D'après une étude récente, le surpoids est plus fréquent chez les peuples des Premières nations que chez les Canadiens d'ascendance européenne dans le nord de l'Ontario. Vingt-neuf pour cent (29 %) des jeunes âgés de 5 à 19 ans, et 60 % des femmes adultes ont en effet été considérés comme obèses. On a relevé chez les Autochtones une plus grande centralisation des graisses [66] (c'est-à-dire que le gras tend à s'accumuler dans la région abdominale). Une étude antérieure portant sur des adultes cris et ojibway du nord du Canada a révélé qu'une forte proportion d'individus de tous âges faisait de le surpoids, indépendamment du sexe, et que près de 90 % des femmes âgées entre 45 et 54 ans avaient un indice de masse corporel d'au moins 26. Les auteurs de l'étude ont également observé une répartition centrale des graisses[17]. De fort taux de surpoids ont également été relevés chez les Mohawks de Kanawake au Québec, où 86 % des sujets diabétiques et 74 % des sujets non diabétiques étaient obèses (Montour, Macaulay et Adelson, 1989)[67]. À titre de comparaison, seulement 19 % de la population canadienne générale âgée de 20 à 64 ans étaient considérés comme faisant de le surpoids en 1996-1997[32]. Certains facteurs génétiques, combinés au régime alimentaire et aux habitudes en matière d'activité physique, pourraient expliquer ses résultats.

Les Autochtones pourraient en effet être génétiquement prédisposés au surpoids, comme en témoigne le profil de croissance poids/taille élevé des enfants et des jeunes inuits[68-69]. La tendance à afficher un rapport taille/hanche élevé accroît en outre les risques pour la santé associés au surpoids. Une étude menée au milieu des années 90 a montré que la centralisation des graisses augmentait les risques de coronaropathies, d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète, de cancer du sein et de calculs biliaires. Dans certains cas, la répartition de la masse adipeuse avait une plus grande incidence que le poids total sur la prédisposition à divers troubles[70].

6.6 Santé dentaire

En 1991, la moyenne nationale totale de dents cariées, manquantes ou obturées (DCMO) chez les enfants des Premières nations âgés de 12 ans était de 4,4, atteignant un sommet de 6,2 au Québec et un plancher de 2,1 au Yukon. S'il s'agit là d'une importante amélioration par rapport aux deux décennies précédentes[71], c'est toujours environ deux à trois fois plus que chez les enfants non autochtones du Canada[72-75]. De surcroît, lors de l'ELRPNI, 22 % des répondants ont déclaré avoir eu des problèmes ou des douleurs dentaires au cours du mois précédent, et environ la moitié avaient besoin de traitements dentaires au moment de l'enquête. La modification du régime alimentaire pourrait être à l'origine d'une augmentation des problèmes dentaires[76].

6.7 VIH/sida

Malgré la tendance à la baisse du nombre déclaré de cas de sida dans l'ensemble de la population canadienne depuis 1994[77], le nombre annuel de cas a considérablement augmenté chez les Autochtones. À la fin de 1997, on estimait à 33,2 pour 100 000 la prévalence du sida chez les Autochtones[78], soit près de onze fois plus que le taux national de 1996 (3,1 pour 100 000)[46]. En fait, la proportion de cas de sida attribuée aux Autochtones est passée de 2 % de l'ensemble des cas au Canada en 1989 à plus de 10 % en 1996-1997. L'âge au moment du diagnostic était également plus bas chez les Autochtones que dans la population non autochtone, 29 % des sujets autochtones étant diagnostiqués avant l'âge de 30 ans comparativement à 18,6 % des sujets dans la population générale. Les femmes autochtones étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir le sida que les femmes non autochtones (15,9 % comparativement à 7,0 % de l'ensemble des cas). Les cas de sida autochtones étaient par ailleurs plus souvent attribués à l'utilisation de drogues injectables que les cas non autochtones (19 % comparativement à 3,2 % chez les hommes, 50 % comparativement à 17,4 % chez les femmes). Les Autochtones sont sur-représentés dans les groupes à risque d'infection à VIH, comme les utilisateurs de drogues injectables et les détenus[78].

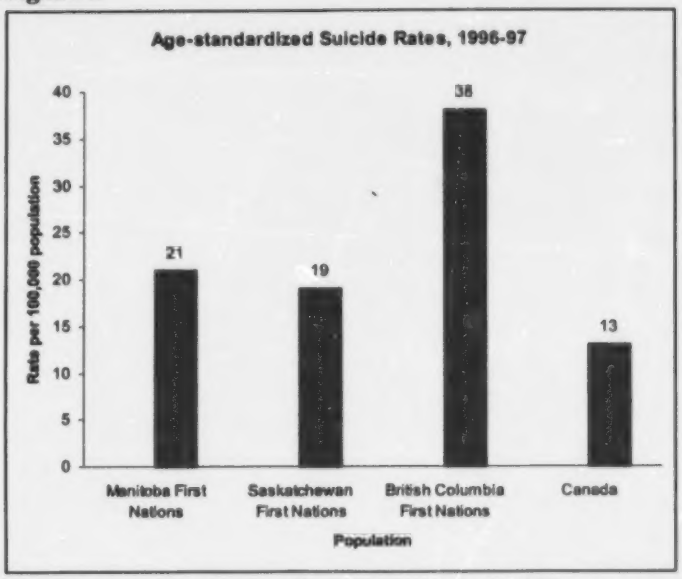
7. CAPACITÉS D'ADAPTATION DE L'INDIVIDU ET DE LA COMMUNAUTÉ

La santé d'une population est également influencée par la capacité d'adaptation des individus et des communautés qui la composent.

7.1 Suicide

Les données recueillies dans l'Est du Canada, les Prairies et la Colombie-Britannique révèlent que le taux de suicide chez les peuples des Premières nations et les Inuits était, en 1997, jusqu'à trois fois supérieur à celui de 1996 pour l'ensemble de la population canadienne (figure 8)[19-22,24,26]. Le taux de suicide brut de 1996 chez les Inuits des Territoires du Nord-Ouest était environ six fois plus élevé que le taux national[59]. Les jeunes hommes formaient le groupe où le suicide était le plus fréquent[19,21-22,24,59]. L'intoxication alcoolique entrait en jeu dans 33 % des suicides dans les Territoires du Nord-Ouest[59].

Figure 8



Notes : Les taux pour les Premières nations datent de 1997 et ceux pour le Canada de 1996. Les données pour l'Atlantique et le Québec n'apparaissent pas dans la figure parce qu'on ne disposait que des taux bruts.
Sources : Bureau régional de la DGSM au Manitoba, Bureau régional de la DGSM en Saskatchewan, British Columbia Vital Statistics Agency, Statistique Canada (1998).

Age-stand...	=	Taux de suicide standardisés selon l'âge, 1996-1997
Rate per...	=	Taux pour 100 000 habitants
Manitoba...	=	Premières nations du Manitoba
Saskatchewan...	=	Premières nations de la Saskatchewan
British...	=	Premières nations de la Colombie-Britannique

7.2 Violence familiale

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille cite quatre études sur la violence familiale dans les communautés autochtones. D'après ces études, au moins les trois-quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence familiale, jusqu'à 40 % des enfants de certaines communautés autochtones du nord ont été agressés physiquement par un membre de leur famille, et les mauvais traitements infligés aux personnes âgées constituent un grave problème dans certaines collectivités des Premières nations[79]. À titre de comparaison, les enfants de la population canadienne générale représentaient moins du quart des victimes d'agressions physiques ou de l'ensemble des crimes violents déclarés à un échantillon de 154 services de police en 1996[80]. En 1996-1997, 3,6 %

des enfants indiens inscrits étaient confiés à la garde d'organismes de services à l'enfance et à la famille[6].

7.3 Pensionnats

Plus du tiers (39 %) des répondants âgés de l'ELNPNI avaient fréquenté les pensionnats pour une durée moyenne de 6 ans (fourchette de 1 à 15 ans). Bien qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été relevée au chapitre de la prévalence de certains troubles de santé chroniques entre ces personnes et les autres, après contrôle pour l'âge, il est difficile de croire, au su de leur gravité et leur durée[112], que les mauvais traitements physiques et mentaux infligés dans ces pensionnats n'aient pas entraîné de maladies ou d'invalidités physiques ou mentales à long terme. Toutefois, il n'est pas facile non plus de déterminer les séquelles qu'ont pu avoir les pensionnats sur la santé, les aînés ayant été depuis exposés à d'autres déterminants confusionnels en matière de santé, comme les facteurs socio-économiques[8].

7.4 Langues et cultures traditionnelles

Au cours du siècle dernier, dix langues autochtones ont disparu, et au moins une douzaine d'autres sont aujourd'hui en voie d'extinction. En 1996, seulement 3 des 50 langues autochtones du Canada pouvaient être considérées comme à l'abri d'une disparition à long terme. La même année, environ le quart (26 %) des individus revendiquant l'identité autochtone déclarait avoir une langue autochtone comme langue maternelle, une augmentation de près de 24 % depuis 1981[81]. La langue crie est la langue maternelle la plus souvent citée, suivie de l'inuktitut et de l'ojibway[1]. Cependant, le nombre de personnes parlant une langue autochtone à la maison n'a augmenté que de 6 % entre 1981 et 1996[81]. En 1996, seulement 15 % de la population autochtone déclaraient parler une langue autochtone à la maison[1]. Plus du tiers (39 %) des personnes âgées interrogées dans le cadre de l'ELRPNI parlaient une langue autochtone dans leur vie de tous les jours, le taux d'usage augmentant avec l'âge pour atteindre 60 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus[8]. Les aînés étaient également plus susceptibles d'être capables de soutenir une conversation en langue autochtone. Vingt-neuf pour cent (29 %) de la population autochtone pouvaient avoir une conversation dans une langue autochtone en 1996; cette proportion était d'environ le quart chez les jeunes de 15 à 24 ans et de la moitié chez les personnes de 55 ans et plus. Les Inuits étaient également plus susceptibles de parler une langue autochtone, près des trois-quarts étant capables de soutenir une conversation en inuktitut[1].

Selon l'ELRPNI, 69 % des personnes qui ont répondu aux questions sur les enfants étaient "très satisfaites" ou "satisfaites" des connaissances qu'avaient les enfants de la culture autochtone (et étaient d'autant plus susceptibles de l'être quand ceux-ci parlaient une langue autochtone)[43]. Plus de 80 % de tous les répondants estimaient qu'il serait bon de revenir aux traditions pour promouvoir le bien-être de la communauté. Plus du quart n'ont cependant perçu aucun progrès à ce chapitre entre 1995 et 1997. Par ailleurs, près de la moitié estimaient qu'il n'y avait eu aucun progrès dans la revitalisation des rôles traditionnels des femmes et des hommes, et près du tiers n'avait perçu aucun

progrès dans le renouveau de la spiritualité et des approches traditionnelles autochtones de la guérison. Enfin, plus du quart n'avait observé aucun progrès dans la renaissance des activités cérémoniales, bien qu'une proportion similaire considéraient qu'il y avait eu à ce chapitre un progrès encourageant[33].

7.5 Invalidité et limitations d'activité

Selon l'ELRPNI, le tiers des répondants inuits du Labrador et autochtones âgés de 55 ans et plus souffraient de troubles de l'audition, le quart présentaient des limitations d'activité à la maison, et le huitième étaient incapable de quitter la maison et avaient besoin de soins personnels à domicile[8]. À titre de comparaison, un peu plus du tiers des personnes de la population générale âgées d'au moins 65 ans déclaraient avoir besoin d'aide dans leurs activités de base ou instrumentales de la vie quotidienne en 1996[58]. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a révélé récemment que les Autochtones vivent avec des handicaps deux fois plus longtemps que les non-autochtones[82]. Dans l'ELRPNI, les affections chroniques étaient associées aux limitations d'activité indépendamment de l'âge ou du sexe. Parmi les répondants, 24 % des hypertendus, 28 % des diabétiques, 33 % des arthritiques, 36 % des cardiaques et 38 % des cancéreux déclaraient des limitations d'activité. Quinze pour cent (15 %) avaient des problèmes d'audition en 1997[11], soit près de trois fois plus que les Canadiens âgés de 15 ans et plus en 1991 (5,5 %)[83]. L'accès aux soins spécialisés et aux logements conçus pour soigner les personnes ayant des limitations d'activité et des handicaps pourrait poser problème dans les communautés des Premières nations et inuites, étant donné que 30 % des répondants de ce groupe déclarant des limitations vivaient dans une communauté isolée et que 13 % vivaient dans une agglomération ne bénéficiant pas d'un accès par la route toute l'année[11].

8. DÉVELOPPEMENT SAIN DANS L'ENFANCE

Les expériences vécues avant la naissance ainsi que pendant la petite enfance peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé d'une population.

8.1 Mortalité infantile

D'après les données recueillies dans l'Est et le Centre du Canada, dans les Prairies et en Colombie-Britannique, le taux de mortalité infantile chez les Premières nations était, entre 1995 et 1997, jusqu'à 3,5 fois supérieur au taux national de 1996[19-22,24,84,85]. Dans la même population, le taux de mortalité néonatale était, en 1997, deux fois supérieur, et le taux de mortalité post-néonatal près de cinq fois supérieur à ceux de l'ensemble de la population canadienne en 1995[19-22,24,84,86].

8.2 Poids à la naissance

Les données recueillies dans l'Est du Canada, les Prairies et les provinces de l'Ouest révèlent qu'en 1996-1997, les nourrissons autochtones ayant un faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) représentaient de 3 à 7 % des naissances vivantes, soit un taux similaire au taux national, qui s'élevait à 6 % en 1996. Par contre, de 15 à 23 % des bébés autochtones avaient un poids élevé à la naissance (plus de 4 000 grammes)[19-24,85]. L'ELRPNI a donné des résultats semblables. Si la proportion des bébés autochtones et inuits ayant un faible poids à la naissance était semblable à celles des nourrissons étudiés dans le cadre de Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, celle des bébés de poids élevé était significativement plus forte. En effet, 22 % des nourrissons autochtones et inuits de sexe masculin et 14 % de ceux de sexe féminin pesaient plus de 4 000 grammes à la naissance, comparativement à 16 et 8 % respectivement dans la population canadienne générale[43,44]. Un poids élevé à la naissance est associé au diabète gestationnel, au surpoids de la mère et à une gestation prolongée[87], et peut avoir des conséquences indésirables sur la santé. Dans leur rapport, MacMillan et al. font état d'une augmentation du taux de mortalité néonatale, de l'incidence des traumatismes à la naissance et des problèmes intellectuels et de développement chez les bébés ayant un poids élevé à la naissance[88].

8.3 Grossesse dans l'adolescence

Selon les données recueillies dans les provinces de l'Atlantique, dans les Prairies et en Colombie-Britannique, le taux de grossesse chez les adolescentes des Premières nations en 1997 était jusqu'à quatre fois supérieur au taux national de 1995. Ce taux était particulièrement élevé chez les jeunes adolescentes autochtones (moins de 15 ans), notamment dans les réserves, où il était environ dix-huit fois supérieur à celui de la population générale (11,0 pour 1 000 naissances vivantes, contre 0,6)[19,21-22,24,86].

8.4 Tabagisme durant la grossesse

Une étude récente menée à Saskatoon auprès des femmes enceintes a révélé que les comportements à risque pour la santé durant le début de la grossesse étaient fréquents chez les femmes d'ascendance autochtone ou métisse. Les comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogues psychoactives et de caféine) étaient également plus fréquents chez les femmes moins instruites et ayant un faible revenu, chez celles qui vivaient sans partenaire, chez celles qui avaient déjà des enfants et, dans certains cas, chez les jeunes femmes[89]. Une étude antérieure a montré que la consommation de tabac et de caféine et la consommation excessive épisodique d'alcool étaient plus fréquentes chez les femmes inuites et indiennes enceintes que chez les femmes blanches ou d'origine mixte. En outre, le tabagisme a été significativement associé au faible poids à la naissance et à la petite taille des nouveau-nés[90].

8.5 SAF/EAF

L'incidence du syndrome d'alcoolisme foetal (SAF) semble beaucoup plus élevée dans certaines communautés autochtones qu'ailleurs au Canada[91,92]. Une étude récente menée dans une réserve du

Manitoba a révélé qu'un enfant sur dix était victime du SAF ou d'EAF (effets de l'alcool sur le foetus), soit grossièrement 100 cas pour 1 000 naissances dans la réserve[93]. À titre de comparaison, le taux de SAF dans les pays occidentaux est d'environ 0,33 cas pour 1 000 naissances, selon McKenzie[91]. La consommation d'alcool, notamment la consommation excessive épisodique, durant la grossesse semble plus fréquente chez les femmes autochtones que chez les autres[89-90]. En outre, des chercheurs qui ont observé une fréquence plus élevée de consommation et d'abus d'alcool chez les femmes inuites et indiennes enceintes ont également mis en évidence une association significative entre cette pratique (notamment la consommation excessive épisodique) et un faible périmètre crânien[90].

8.6 Allaitement maternel

Dans l'ELNPNI, 54 % des enfants ont été allaités au sein jusqu'à l'âge de 2 ans, comparativement à 75 % dans l'ELNEJ de 1994-1995. Toutefois, parmi les enfants autochtones et inuits qui ont été allaités, 39 % l'ont été pendant plus six mois, comparativement à seulement 24 % de ceux de l'ELNEJ[43,44].

8.7 Problèmes de santé dans l'enfance

Les enfants inuits du Labrador et ceux des communautés des Premières nations ont obtenu, en 1997, des taux similaires à ceux de la population canadienne générale en 1994-1995 pour ce qui est de leur état de santé. Toutefois, si l'ordre de fréquence des problèmes de santé était à peu près le même, les enfants du premier groupe affichaient un taux de bronchite près de deux fois supérieur à ceux du second, de même qu'un plus grand nombre d'affections rénales et de problèmes cardiaques, légèrement plus de troubles psychologiques et d'asthme, et quelque peu moins d'allergies. Ce sont les problèmes d'oreilles qui étaient les plus souvent mentionnés au chapitre de la santé dans les deux enquêtes[43,44].

8.8 Immunisation

Sauf pour *Haemophilus influenzae* de type b (Hib), les données provenant des provinces de l'Atlantique, de l'Ontario, des Prairies et de l'Ouest canadien révèlent que la couverture vaccinale des enfants de deux ans vivant dans les réserves des communautés des Premières nations était plus faible en 1997 que dans le reste du Canada[19,21-23,73,94-95]. Les taux de couverture étaient en outre généralement bien en-deçà de objectifs nationaux en matière d'immunisation fixés pour les enfants de deux et six ans[19,21-23,73,94,96]. Cela pourrait toutefois s'expliquer en partie par le fait qu'un certain nombre d'enfants vivant dans les réserves se font vacciner à l'extérieur.

Tableau III – Couverture vaccinale des enfants de deux ans, 1997

Vaccin	Canada	Membres des Premières nations vivant dans des réserves						Objectif national général
		Atlantique	Ontario (0-2 ans)†	Manitoba	Saskatchewan	Alberta	Pacifique	
Diphthérie	87 %	67 %	59 %	81 %	55 %	49 %	83 %	97 %
Coqueluche	85 %							95 %
Tétanos	85 %							97 %
Hib	74 %	93 %		84 %	77 %	79 %	81 %	97 %
Polio.	86 %	67 %	S.O.	81 %	59 %	72 %	83 %	97 %
Rougeole	96 %	82 %	82 %	90 %	85 %	81 %	87 %	97 %
Oreillons	96 %							97 %
Rubéole	96 %							97 %
BCG‡	-	0 %*	0-92 %**	85 %	47 %	>50 %***	65 %	-

† Les données sur l'immunisation en Ontario ont été recueillies de façon sporadique et désordonnée. De surcroît, comme la plupart des résidents des réserves se font vacciner à l'extérieur, le recueil des dates et des antigènes est incomplet. Les données présentées ici sont dérivées de la moyenne de quatre zones/secteurs relevant du bureau régional de la DGSM.

‡ Le vaccin BCG (bacille Calmette-Guérin) est administré aux Autochtones parce que ceux-ci sont considérés à haut risque d'exposition à la tuberculose[97].

*On n'administre pas le BCG dans la région de l'Atlantique.

**On n'administre pas le BCG dans le sud de l'Ontario; dans le centre de la province, on l'utilise de façon sporadique; dans le nord-est, environ 1/3 des résidents sont vaccinés, alors que dans le nord-ouest de la province, c'est le cas d'au moins 85 %.

***Chez les enfants d'un an.

‡BCG offert seulement à titre facultatif.

Sources : LLCM (1998; 1997), Bureau régional de la DGSM en Ontario, Bureau régional de la DGSM au Manitoba, Bureau régional de la DGSM en Saskatchewan, Bureau régional de la DGSM dans l'Atlantique, Bureau régional de la DGSM en Alberta, Bureau régional de la DGSM dans le Pacifique.

9. SERVICES DE SANTÉ

De toute évidence, les services de santé jouent un rôle capital dans le traitement des maladies et les soins des malades. Il est donc important, d'une part, qu'ils soient accessibles et bénéficient d'un financement suffisant, et, d'autre part, qu'on les utilise et qu'on en soit satisfait.

9.1 Besoins non comblés en matière de soins de santé

Près de la moitié des répondants inuits de l'Alaska et autochtones à l'ELRPNI estimaient ne pas recevoir le même niveau de services de santé que le reste des citoyens canadiens. Si la grande majorité estimait qu'un retour aux coutumes favoriserait le bien-être de la communauté, plus du tiers

n'avait perçu aucun progrès sur au moins quatre items traditionnels mesurés spécifiquement dans l'enquête[33].

Même si l'ENSP de 1996-1997 ne mesurait pas les mêmes items, il est intéressant de noter qu'environ un répondant sur vingt seulement y estimait avoir besoin de soins de santé, mais sans en recevoir[32].

9.2 Consultation du médecin

Les données des Prairies révèlent que les principaux motifs invoqués par les Autochtones qui ont consulté un médecin en 1996-1997 étaient liés à des maladies de l'appareil respiratoire, suivies par les lésions et les empoisonnements[21,22,23]. Les affections de l'appareil respiratoire constituaient la principale raison du recours aux services médicaux dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 65 ans et plus, où les maladies cardiovasculaires tenaient ce rôle. Les maladies du système nerveux ont aussi souvent été mentionnées comme motif d'utilisation des services médicaux chez les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans[21-22], ce qui pourrait refléter la prévalence relativement élevée chez eux des problèmes auriculaires ainsi que les effets de l'exposition à l'alcool et aux contaminants environnementaux *in utero*.

9.3 Consultation du dentiste

En 1997-1998, plus du tiers (38 %) des clients de la Direction des services de santé non assurés (SSNA, Direction générale des services médicaux) avaient reçu au moins un traitement dentaire, comme en 1994-1995. Le taux le plus élevé a été observé au Québec (46 %), et le plus faible au Manitoba (29 %). Plus de 44 % de toutes les demandes de remboursement de services dentaires concernaient des personnes de moins de 20 ans. L'examen de rappel était le service le plus fréquent[98]. Environ la moitié des répondants de l'ELNPNI avaient reçu des soins dentaires au cours de l'année précédente[76]. À titre de comparaison, près du quart des répondants de l'ENSP de 1996-1997 déclaraient avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste[32]. Cependant, seulement 53 % des répondants étaient couverts par une assurance dentaire. Plus de la moitié des personnes non couvertes n'avaient pas consulté le dentiste au cours de l'année précédant l'enquête, alors que cette proportion s'élevait à plus du quart chez les autres[58]. Environ le tiers des Inuits du Labrador et des Autochtones n'avaient reçu aucun soin dentaires au cours de l'année précédente[76]. La sous-utilisation des services dentaires, parallèlement à l'adoption d'un régime alimentaire non autochtone et à l'accès inadéquat à un approvisionnement en eau fluorée, pourrait expliquer la forte prévalence de la carie dentaire chez les enfants autochtones.

9.4 Taux d'hospitalisation

D'après les données recueillies dans les Prairies, le taux d'hospitalisation chez les membres des Premières nations était environ deux fois et demie plus élevé que celui de la population canadienne générale en 1996-1997[21-22,99]. Ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui étaient chez eux la principale cause d'hospitalisation, suivies des lésions traumatiques et empoisonnements, et des

maladies de l'appareil digestif[21-22]. À titre de comparaison, les principaux motifs d'hospitalisation dans la population canadienne générale étaient liés aux maladies cardiovasculaires; en deuxième et troisième position venaient les maladies de l'appareil digestif et celles de l'appareil respiratoire. Les lésions traumatiques et empoisonnements se situaient en quatrième position chez les patients canadiens de sexe masculin[99].

9.5 Utilisation des pharmacies

En 1996, les clients de la direction SSNA des provinces de l'Ouest affichaient un taux d'utilisation de 991 ordonnances d'acétaminophène avec codéine par 1 000 personnes, et de 656 ordonnances de benzodiazépine par 1 000 personnes, soit des taux respectivement supérieurs de près de 4 fois et une fois et demie à ceux de la population canadienne, mais légèrement inférieurs à ceux des bénéficiaires de l'aide sociale de la Colombie-Britannique[100]. En 1997-1998, ce sont les médicaments du système nerveux central, notamment les analgésiques, les antidépresseurs et les sédatifs, qui constituaient la catégorie de médicaments pour laquelle le plus grand nombre de remboursements ont été demandés, représentant 33,7 % des demandes visant les médicaments de prescription et 24,8 % de celles visant des médicaments en vente libre. Cette même année, plus des deux-tiers (69 %) des clients de SSNA ont reçu au moins un remboursement de soins pharmacothérapeutiques, taux qui a peu changé par rapport à 1994-1995. Le plus fort taux d'utilisation a été observé en Alberta (83 %), et le plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest (44 %), où il était bien en-deçà de celui du reste du pays[98].

9.6 Dépenses de santé par habitant

En 1997-1998, les dépenses nationales par habitant pour toutes les prestations (principalement les services pharmaceutiques, dentaires, optiques et de transport médical) pour les clients des SSNA ont totalisé 754 dollars, la fourchette allant d'un plafond de 1 031 dollars en Alberta à un plancher de 612 dollars au Yukon[98]. Une mesure comparable dans la population générale concerne les dépenses effectuées dans le secteur privé, qui comprend principalement les médicaments, les services dentaires et les soins de la vue. Ces services sont surtout payés directement ou par des régimes d'assurance privés[101]. Les dépenses nationales par habitant des clients des SSNA étaient similaires aux dépenses de santé du secteur privé par habitant pour l'ensemble de la population canadienne (792 dollars en 1998). Toutefois, les dépenses de santé par habitant les plus élevées et les plus faibles on été en gros inférieures de 130 dollars chez les autres clients que ceux des SSNA (902 dollars en Ontario et 472 dollars dans les Territoires du Nord-Ouest)[98,101].

10 PRISE EN CHARGE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

10.1 Ententes de transfert

Les Premières nations et les Inuits s'efforcent depuis longtemps de mieux contrôler les divers aspects de leur vie. C'est ainsi que certains programmes de santé communautaire leur sont graduellement confiés, selon la volonté exprimée par chaque communauté autochtone. Des services d'hygiène du

milieu, de traitement et de prévention de la santé, de même que divers programmes de la Direction générale des services médicaux ont ainsi déjà été transférés ou le seront éventuellement. Les communautés inuites et des Premières nations qui ne souhaitent pas effectuer un transfert complet des services de santé peuvent choisir de conclure une entente plus limitée, c'est-à-dire un accord de contribution au titre des services de santé communautaire intégrés. Cet accord de contribution peut s'appliquer à la totalité ou à la majorité des services de santé fournis au niveau communautaire. La communauté met alors en place ses propres structures de gestion de façon à pouvoir administrer directement les programmes et services transférés[102].

Au mois de mars 1998, 74 % des communautés des Premières nations étaient engagées, à un niveau ou à un autre, dans le processus de transfert. Trente et un pour cent (31 %) d'entre elles ont signé des ententes de transfert, et 31 % également ont entamé des négociations préalables au transfert. Douze pour cent (12 %) ont signé des accords de contribution au titre des services de santé communautaire intégrés[102]. Selon les données de l'l'ELRPNI, 75 % des répondants des communautés qui ont conclu une entente de transfert considèrent qu'il y a eu progrès dans la prise en charge des programmes par les Premières nations et les Inuits, et 25 % d'entre eux estimaient que ces progrès étaient satisfaisants. Par comparaison, 72 % des répondants des communautés non engagées dans le processus de transfert considéraient qu'il y avait eu des progrès, qualifiés de satisfaisants par 19 % d'entre eux. Malgré la faiblesse de l'écart, la différence a été jugée statistiquement significative[33].

10.2 Professionnels de la santé autochtones

En 1997-1998, on comptait près de 2 000 travailleurs de la santé autochtones, dont des infirmiers et infirmières, des médecins, des techniciens et techniciennes de laboratoire, des dentistes, des optométristes, des pharmaciens et pharmaciennes et des gestionnaires de la santé. Il y avait environ 800 infirmiers et infirmières d'ascendance autochtone[103] et, en 1997, on dénombrait au pays 67 médecins autochtones et il y avait 33 étudiants et étudiantes autochtones dans les facultés de médecine canadiennes[104]. Les infirmières et médecins autochtones représentaient moins de 1 % de tous les infirmières et médecins autorisés au Canada[105]. Les réponses données à l'ELRPNI témoignent de cet écart, plus de 40 % des répondants estimant qu'il n'y avait eu aucun progrès dans le nombre ou la disponibilité des professionnels de la santé autochtones ou inuits entre 1995 et 1997[33].

10.3 Formation et perfectionnement

La formation et le perfectionnement s'inscrivent dans le transfert du contrôle des programmes et des politiques de santé aux Premières nations et aux Inuits. La Direction générale des services médicaux offre divers programmes pour encourager les membres des Premières nations et les Inuits à faire des études postsecondaires qui leur permettront de travailler dans le secteur de la santé, notamment en dentisterie, en sciences infirmières, en hygiène du milieu et en administration des services de santé. Depuis 1984, près de 700 bourses ou prêts étudiants (113 en 1997-1998) ont été accordés à des Autochtones[103]. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien fournit une aide financière

au Saskatchewan Indian Federated College, un établissement entièrement administré par des membres des Premières nations qui offre un programme d'études en santé et un programme de soins dentaires[37]. Une enquête récente menée auprès de tous les programmes de médecine familiale au Canada a en effet révélé que, bien que de nombreux programmes offrent aux résidents une certaine exposition aux problèmes de santé des Autochtones, aucun n'avait établi formellement d'objectifs de programme d'études ou de stratégie pour encourager l'inscription de résidents d'origine autochtone[106]. De surcroît, près du tiers des répondants de l'ELRPNI estiment qu'il n'y a eu aucun progrès dans la formation des membres des Premières nations et des Inuits dans le domaine de la santé entre 1995 et 1997[33].

11. CONCLUSION

Malgré les progrès accomplis sur plusieurs plans, les peuples des Premières nations et les Inuits continuent d'être en moins bonne santé que l'ensemble de la population canadienne. Cet écart est attribuable, en partie, aux graves iniquités auxquelles font face les Autochtones sur le plan de la santé, notamment sur le plan des conditions socio-économiques. Toute tentative d'améliorer la situation des Autochtones doit tenir compte de leurs croyances et de leurs valeurs culturelles ainsi que de leurs conceptions du monde traditionnelles, et offrir une souplesse suffisante pour concevoir et mettre en place des programmes et des services en conséquence. Par dessus tout, il faut donner aux communautés des Premières nations et inuites les moyens de cerner leurs besoins et d'y répondre en leur offrant le perfectionnement, la formation et le soutien technique et financier nécessaires. Les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent certes aider certains membres des Premières nation et Inuits à améliorer leur état de santé, mais les politiques de santé publique mises en oeuvre dans les divers secteurs n'en doivent pas moins être élaborées avec la collaboration des communautés autochtones.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Le recensement de 1996: données sur les Autochtones. *Le Quotidien*, Le 13 janvier 1998.
2. Statistique Canada. Population totale selon les groupes d'âge et le sexe, par groupes autochtones, Canada, recensement de 1996. Catalogue No. 93F0025XDB96002.
3. Statistique Canada. Population totale selon le groupe autochtone, Recensement de 1996, régions métropolitaines de recensement. <http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Population/demo39b_f.htm>.
4. Affaires indiennes et du Nord Canada. 1997. Groupes d'enregistrement au Canada, selon la taille, au 31 décembre 1997. Registre des Indiens.
5. Statistique Canada. Personnes inscrites en vertu de la Loi sur les Indiens, vivant dans une réserve et hors-réserve, recensement de 1996 <http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Population/demo37_f.htm>.
6. Affaires indiennes et du Nord Canada. 1998. Données ministérielles de base 1996. Departmental Statistics Division. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
7. Affaires indiennes et du Nord Canada. (1998). Affaires indiennes et du Nord canadien et Commission canadienne des affaires polaires. Rapport sur le rendement pour la période se terminant le 31mars 1998. <http://www.inac.gc.ca/pubs/estimates/perrep_f.pdf>.
8. Reading, J (1999). An Examination of Residential Schools and Elder Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey (Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits).
9. Statistique Canada, 1996. Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-95. Division des statistiques sur la santé. Ottawa: Ministre de l'Industrie.
10. Young, TK, O'Neil, JD, Elias, B, Leader, A, Reading, J and McDonald, G (1999). Chronic Diseases. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
11. Elias, B, Kaufert, J, Reading, J, O'Neil, J, Frick, M, Thibault, J, and McDonald, G (1999). Activity Limitation and the Need for Continuing Care. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
12. Elliott L. Les Premières nations du Canada jouent un rôle de chef de file à la conférence sur le diabète. *Transition*, février 1998. <http://www.inac.gc.ca/pubs/transition/feb98/diabet_f.html>.
13. Ludwig, S and Madrick, B. Cardiovascular risk factors in the Aboriginal population. Meeting of the Prairie Cardiovascular Group on Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease in Aboriginal and Non-Aboriginal Populations. *Canadian Diabetes* 1997;10(4). http://www.diabetes.ca/prof/candiab/win97/w97lead6.htm
14. Ross, S and Blanchard, J. Prevalence of diabetes, hypertension and the incidence of complications in the Aboriginal population. Meeting of the Prairie Cardiovascular Group on Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease in Aboriginal and Non-Aboriginal

Populations. *Canadian Diabetes* 1997;10(4). http://www.diabetes.ca/prof/candiab/win97/w97lead5.html>.

15. Canadian Paediatric Society. Diabetes and the First Nations. *The Canadian Journal of Paediatrics* 1994;1(7):222-4.
16. Goldman, B. Diabetes gene means prevention for native community. *Newsworld Online*, 10 March 1999. <http://www.newsworld.cbc.ca/cgi-bin/templates/view.cgi?/news/1999/03/10/diabetes990310>.
17. Young, TK and Sevenhuysen, G. Obesity in northern Canadian Indians: Patterns, determinants, and consequences. *American Journal of Clinical Nutrition* 1989;49(5):786-93. [abstract].
18. Wolever, TM, Hamad, S, Gittelsohn, J, Gao, J, Hanley, AJ, Harris, SB and Zinman, B. Low dietary fiber and high protein intakes associated with newly diagnosed diabetes in a remote Aboriginal community. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;6(6):1470-4. [abstract]
19. Région de l'Atlantique. Bureau régional. Direction générale des services médicaux. Données sanitaires variées.
20. Région du Québec. Bureau régional. Direction générale des services médicaux. Données sanitaires variées.
21. Région du Manitoba. Bureau régional. Direction générale des services médicaux Données sanitaires variées.
22. Région de la Saskatchewan. Bureau régional. Direction générale des services médicaux. Données sanitaires variées.
23. Région de l'Alberta. Bureau régional. Direction générale des services médicaux. Données sanitaires variées.
24. British Columbia Vital Statistics Agency (1998). Analysis of Status Indians in British Columbia, 1991-1997. Prepared for Medical Services Branch, Health Canada.
25. Tel que communiqué par Garry MacDonald, gestionnaire, section des services aux clients, Statistique Canada, 31 mars 1999.
26. Statistique Canada. Décès, 1996. *Le Quotidien*, Le 16 avril 1998.
27. Fondation des maladies du coeur du Canada. Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada, 1997. D'après les données sur la mortalité hospitalière, Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bcrdd/hdsc97/index_f.html>.
28. Statistique Canada. Espérance de vie à la naissance. No. 82-221-XDE au catalogue. <http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Health/health26_f.htm>.
29. Statistique Canada. Longévité et tables de mortalité chronologiques 1921-1981, Canada et provinces. No. 82-548 au catalogue.
30. Statistique Canada. Tables de mortalité, Canada et provinces, 1985-1987. No. 82-003S au catalogue.
31. Statistique Canada (1997). Mortalité. Liste sommaire des causes, 1995. Division des statistiques sur la santé. Ottawa: Ministre de l'Industrie.

32. Statistique Canada, 1998. Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997. Fichiers de données à grande diffusion. No. 82M0009XCB au catalogue. [CD-ROM]
33. Svenson, KA and Lafontaine, C (1999). The Search for Wellness. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
34. Affaires indiennes et du Nord Canada. (1999). Affaires indiennes et du Nord canadien et Commission canadienne des affaires polaires. Budget des dépenses 1999-2000. Rapport sur les plans et les priorités.
35. Canadian Council on Social Development, 1997. Estimated Number of Persons and Cases Receiving Provincial and Municipal Social Assistance, March 31, 1997. ≤http://www.ccsd.ca/fs_sa97.htm>.
36. Statistique Canada. Recensement de 1996 : scolarité, mobilité et migration. *Le Quotidien*, 14 avril 1998.
37. Affaires indiennes et du Nord Canada (1997). L'éducation postsecondaire pour les Indiens inscrits et les Inuits. ≤http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info110_f.html>.
38. Statistique Canada. Population âgée de 15 ans et plus selon les divisions industrielles et les catégories professionnelles, par groupes autochtones Canada, Recensement de 1996(totalisations personnalisées).
39. Statistique Canada. Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total et revenu des familles. *Le Quotidien*, 12 mai 1998.
40. Statistique Canada. La population carcérale et coûts connexes, 1996-97. *Le Quotidien*. 18 février 1998.
41. Beavis, M. A., Klos, N., Carter, T. et Douchant, C. (1997). Etude documentaire : les autochtones sans abri. Ottawa: Société canadienne d'hypothèques et de logement.
42. Affaires indiennes et du Nord Canada. 1995. Points saillants du recensement de 1991 sur les indiens inscrits. Catalogue No. R32-91/1995F. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
43. MacMillan, H, Walsh, C, Jamieson, E, Crawford, A, and Boyle, M (1999). Children's Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
44. Statistique Canada/Développement des ressources humaines Canada. 1996. Grandir au Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ottawa: Ministre de l'Industrie.
45. Statistique Canada. Logements privés occupés selon le mode d'occupation et le nombre de pièces, par type de construction résidentielle, Canada, recensement de 1996. No. 93F0030XDB96013 au catalogue. ≤http://www.statcan.ca/francais/census96/june9/d6can_f.htm>.
46. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Maladies à déclaration obligatoire en direct. ≤http://cythera.ic.gc.ca/spansweb/ndis/index_f.html>.
47. Affaires indiennes et du Nord Canada. (1997). L'habitation des Premières nations . http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info104_f.html

48. Statistique Canada. Logements privés occupés selon le mode d'occupation et la période de construction, par état du logement, Canada, recensement de 1996. No. 93F0030XDB96012 au catalogue. <http://www.statcan.ca/francais/census96/june9/d5can_f.htm>
49. Laboratoire de lutte contre la maladie. 1998. Tuberculose au Canada, 1996. Ottawa: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
50. Chance, GW and Harmsen, E. Children are different: Environmental contaminants and children's health. *Canadian Journal of Public Health* (*Revue canadienne de santé publique*) 1998;89(supplement):S9-S13.
51. Muckle, G, Dewailly, É, Ayotte, P. Prenatal exposure of Canadian children to polychlorinated biphenyl's and mercury. *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)* 1998;89(supplement):S20-S25.
52. Tryphonas, H. The impact of PCBs and dioxins on children's health: Immunological considerations. *Canadian Journal of Public Health* (*Revue canadienne de santé publique)* 1998;89(supplement):S49-S52.
53. Environnement Canada. La stratégie de développement durable d'Environnement Canada, http://www.ec.gc.ca/sd-dd_consult/final/SDGTOC_F.HTM.
54. Dumont C, Girard M, Bellavance F, Noël F. Mercury levels in the Cree population of James Bay, Quebec, from 1988 to 1993/94. *Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne)* 1998;158(11):1439-45 [abstract].
55. Clarkson T. Methylmercury and fish consumption: Weighing the risks. *Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne)* 1998;158(11):1465-66.
56. Ship, Susan Judith (1997). Les dommages environnementaux et la santé des Autochtones. L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire. <http://www.total.net/~niichro/intouch/environ/index.htm>.
57. Reading, J (1999). The Tobacco Report. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
58. Statistique Canada, 1998. Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-97. Division des statistiques sur la santé. Ottawa: Ministre de l'Industrie.
59. Northwest Territories Bureau of Statistics. 1996 NWT Alcohol & Drug Survey: Rates of Use for Alcohol, Other Drugs and Tobacco. <http://www.stats.gov.nt.ca/TSTAT/Statinfo/Health/alcdrug/report.html>.
60. Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU) (1998). Regina 1997 Report. <http://www.ccsa.ca/ccendu/cenreg98.htm>.
61. Scott K., 1997. Les autochtones, dans Profil canadien 1997: l'alcool, le tabac et les autres drogues. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
62. Scott, KA (1994). Substance use among Indigenous Canadians. In McKenzie, D (Ed.), Aboriginal Substance Abuse: Research Issues. Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. <http://www.ccsa.ca/mckenzie.htm>.
63. Conseil national du bien-être social. (1996). Les jeux de hasard au Canada: rapport du Conseil national du bien-être social. <http://www.ccsa.ca/gambfcon.htm>.

64. Burke, M. Prevention needs to play a bigger role. *Windspeaker Diabetes*. <http://www.ammsa.com/windspeaker/wind-diabetes.html>
65. Rode, A and Shephard, RJ. Acculturation and loss of fitness in the Inuit: The preventive role of active leisure. *Arctic Medical Research* 1993;52(3):107-12. [abstract]
66. Katzmarzyk, PT and Malina, RM. Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 1998;22(11):1127-31.
67. Montour, LT, Macaulay, AC and Adelson, N. Diabetes mellitus in Mohawks of Kahnawake, PQ: A clinical and epidemiologic description. *Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne)* 1989;141(6):549-2. [abstract]
68. Zammit, MP, Kalra, V and Winters, EB. Growth patterns of Labrador Inuit youth: I. Height and weight. *Arctic Medical Research* 1993:52(4):153-60. [abstract]
69. Jamison, PL. Secular trends and the pattern of growth in Arctic populations. *Social Science Medicine* 1990;30(6):751-9. [abstract]
70. Ashwell, M. Obesity in men and women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 1994;18(Suppl. 1):S1-7. [abstract]
71. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Revue annuelle 1996/97.
72. National School of Dental Therapy, 1998. Draft Report of the Oral Health of Aboriginal Children. Prince Albert, Saskatchewan (unpublished).
73. Ontario Health, 1997. Dental Index of Screening. Queen's Park, Toronto.
74. Smith WF. Community Needs Survey for the Alberta Dental Outreach Program. *Canadian Journal of Community Dentistry* 1997;12(2):39-43.
75. Cooney PV, Hassard TH, Malazdrewicz VK. Comparison of the dental health status of 6-year old children in Northern and Southern Manitoba. *Journal of the Canadian Dental Association* 1993;6:544-48.
76. Weins, F and McIntyre, L (1999). Health and Dental Services for Aboriginal People. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
77. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Le sida et l'infection à VIH au Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 1998.
78. Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. Epidémiologie du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 1998.
79. Le Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1997). La violence familiale au sein des collectivités autochtones : une perspective autochtone. Catalogue H72-21/150-1997F.
80. Statistique Canada. 1998. La violence familiale au Canada : un profil statistique 1998. No. 85-224-XIF au catalogue. Ottawa: Ministre de l' Industrie.
81. Norris, MJ. Les langues autochtones du Canada. *Tendances sociales canadiennes*, hiver 1998.
82. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Gouvernement du Canada. Les aîné-es et les handicaps. *Expression* 1996;11(1).

83. Statistique Canada. Population de 15 ans et plus ayant une incapacité, selon la nature des incapacités. <http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/People/Health/health12a_f.htm>.
84. Bureau régional. Région de l'Ontario. Direction générale des services médicaux. Données sanitaires variées.
85. Statistique Canada. Naissances, 1996. *Le Quotidien*, 8 juillet, 1998.
86. Statistique Canada (1997). Naissances et décès, 1995. Division des statistiques sur la santé. Ottawa: Ministre de l'Industrie.
87. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Examen médical périodique: mise à jour 1992: 1. Le dépistage du diabète gestationnnel. *Union méd. can* 1993;122 (3):191-200.
88. Behrman, RE, Kliegman, RM, Arvin, AM, and Nelson, WE (1996). The high-risk infant. In (Authors) Nelson's Textbook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 451-63. Cited in MacMillan, H, Walsh, C, Jamieson, E, Crawford, A, and Boyle, M (1999). Children's Health. First Nations and Inuit Regional Longitudinal Survey.
89. Muhajarine, N, D'Arcy, C and Edouard, L. Prevalence and predictors of health risk behaviours during early pregnancy: Saskatoon Pregnancy and Health Study. *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)* 1997;88(6):375-9. [abstract]
90. Godel, JC, Pabst, HF, Hodges, PE, Johnson, KE, Froese, GJ and Joffres, MR. Smoking and caffeine and alcohol intake during pregnancy in a northern population: Effect on fetal growth. *Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne)* 1992;147(2):181-8. [abstract]
91. McKenzie D., 1997. Le syndrome d'alcoolisme foetal, dans Profil canadien 1997: l'alcool, le tabac et les autres drogues. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie .
92. Ashley, MJ (1994). Alcohol-related birth defects. In McKenzie, D (Ed.), Aboriginal Substance Abuse: Research Issues. Proceedings of a Joint Research Advisory Meeting. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. <http://www.ccsa.ca/mckenzie.htm>.
93. Square D. Fetal alcohol syndrome epidemic on Manitoba reserve. *Canadian Medical Association Journal (Journal de l'Association médicale canadienne)* 1997;157(1):59-60.
94. Bureau régional. Région du Pacifique. Direction générale des services médicaux. Immunization data.
95. Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé Canada). La couverture vaccinale. *Paediatrics & Child Health* 1998;3(Suppl. B). <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/paediatr/vol3supb/pchf_h.html>.
96. Laboratoire de lutte contre la maladie (Santé Canada). Rapport sur l'immunisation au Canada, 1996. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 1997;23(S4).
97. Laboratoire de lutte contre la maladie (1998). Guide canadien d'immunisation, cinquième édition, 1998: Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
98. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Programme des services médicaux non assurés. Revue annuelle 1997-98.

99. Statistique Canada. Utilisation des hôpitaux, 1996/97. *Le Quotidien*, 24 février 1999. Data from l'Institut canadien d'information sur la santé.
100. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Revue des médicaments du SNC. *Le Bulletin pharmaceutique des services de santé non assurés*, janvier 1998.
101. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé (1975-1998). Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
102. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Modes de financement en matière de santé. Secrétariat du transfert et de l'autonomie gouvernementale <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/index_f.htm>.
103. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Carrières dans le secteur de la santé 1997-1998. Programmes communautaires. <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/careers_f.htm>.
104. Association médicale canadienne. L'AMC accorde des bourses à des étudiants autochtones en médecine. *Nouvelles de l'AMC*, 26 juin 1997.
105. Institut canadien d'information sur la santé. Information nationale: Professionels de la santé. <http://www.cihi.ca/french/fwedo/hprofff.htm>.
106. Redwood-Campbell, L, MacDonald, WA and Moore, K. Residents' exposure to aboriginal health issues. Survey of family medicine programs in Canada. *Canadian Family Physician* 1999;45:325-30. [abstract]
107. Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (1997). Définitions. <http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info101_f.htm>.
108. Direction générale des services médicaux, Santé Canada. Examen du programme de lutte antituberculeuse et de l'épidémiologie de la tuberculose. Janvier, 1999. <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/tb_f.htm>
109. Société canadienne d'hypothèques et de logement (1993). Elimination de la moisissure dans les maisons. Cat. No. NH15-91/1993F.
110. Canada Mortgage and Housing Corporation. Draft. Mold in Housing: An Information Kit for First Nations Communities.
111. Direction générale des services médicaux, Santé Canada (Mai, 1988). Recommended Interim Health and Safety Guidelines for Protection of Workers During Mold Remediation and Clean-up in Residential Homes.
112. Canada (1996). Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Groupe Communication Canada.
113. Santé Canada (1996). Tendances relatives aux taux de mortalité des Premières nations, 1979-1993. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.
114. Dales RE, Zwanenburg H, Burnett R, Franklin CA. (1991). Respiratory health effects of home dampness and molds among Canadian children. *Amer J Epidemiol.* 134: 196-203.
115. Montaña E, Etzel RA, Allan T, Horgan TE, Dearborne DG. (1997). Environmental risk factors associated with pediatric idiopathic pulmonary hemorrhage/hemosiderosis in a Cleveland community. *Pediatrics* 99: 117.

ANNEXE A : DÉFINITIONS[107]

AUTOCHTONES :
Personnes qui descendent des premiers habitants de l'Amérique du Nord. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes d'Autochtones : les Indiens, les Métis et les Inuits. Il s'agit de trois peuples, chacun se distinguant des autres par ses patrimoines particuliers, ses langues, ses habitudes culturelles et ses croyances spirituelles.

BANDE :
Groupe d'Autochtones pour lesquels des terres ont été réservées et dont les fonds sont détenus par la Couronne. Chaque bande possède son propre conseil de bande, qui joue un rôle de direction et qui est généralement formé d'un ou de plusieurs chefs et de nombreux conseillers. Le chef et les conseillers sont élus par les membres de la collectivité ou, à l'occasion, selon d'autres coutumes. Les membres de la bande partagent généralement des valeurs, des traditions et des pratiques issues de leur patrimoine ancestral. De nos jours, de nombreuses bandes préfèrent être appelées Premières nations.

CENTRE DE SERVICES :
Collectivité où les services suivants sont disponibles :
des fournitures, des matériaux et du matériel (p. ex. construction, bureau)
un bassin de main-d'oeuvre spécialisée et semi-spécialisée
au moins une institution financière
des services provinciaux et fédéraux.

ENFANTS PLACÉS :
Nombre d'enfants qui ont été retirés de la garde de leur parents afin de les protéger contre la négligence et (ou) les mauvais traitement, ou afin de prévenir la négligence ou les mauvais traitements, et placés dans un foyer nourricier, un centre d'accueil ou un établissement institutionnel.

HORS RÉSERVE :
Terme servant à désigner des personnes, des services ou des choses qui ne font pas partie d'une réserve, mais qui ont un lien avec les Premières nations.

INDIEN :
Terme qui désigne tous les Autochtones du Canada autres que les Métis et les Inuits. Les Indiens forment l'un des trois groupes de personnes appelées "Autochtones" dans la Loi constitutionnelle de 1982. La Loi stipule que les Autochtones du Canada comprennent les Indiens, les Métis et les Inuits. En outre, il existe trois définitions légales qui s'appliquent aux Indiens du Canada, soit les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits et les Indiens visés par des traités.

INDIEN NON INSCRIT :
Personne indienne qui n'est pas inscrite au sens de la Loi sur les Indiens. Il se peut que ce soit parce que ses ancêtres n'ont jamais été inscrits, ou encore parce que cette personne a perdu son statut d'Indien en vertu des anciennes dispositions de la Loi sur les Indiens.

INDIEN INSCRIT :
Personne indienne qui est inscrite selon la Loi sur les Indiens. La Loi élabore les préalables pour déterminer qui est un Indien inscrit.

INUIT :
Autochtone du Nord canadien qui vit au-delà de la limite forestière dans les Territoires du Nord-Ouest, dans le Nord québécois et au Labrador. Dans la langue inuite, l'inuktitut, le mot "inuit" signifie "les gens".

LOI SUR LES INDIENS :
Loi fédérale canadienne, promulguée à l'origine en 1876, qui établit certaines obligations du gouvernement fédéral et qui régit la gestion des terres des réserves. La Loi a été modifiée à plusieurs reprises, dont la dernière fois en 1985. Parmi ses nombreuses dispositions, la Loi stipule que le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien est chargé de la gestion des terres indiennes et de certains fonds qui appartiennent aux Premières nations, de même qu'il est responsable de l'approbation ou de la révocation des règlements établis par les Premières nations.

MÉTIS :
Personnes d'ascendance mixte – qui possèdent des ancêtres européens et issus d'une Première nation – se désignant elles-mêmes au moyen du vocable "Métis" et se distinguant ainsi des membres des Premières nations, des Inuits et des non-Autochtones. Les Métis possèdent une culture unique, issue de leurs diverses origines ancestrales, qui peuvent être écossaises, françaises, ojibways et cries.

PREMIÈRE NATION :
Terme entré dans l'usage au cours des années 1970 pour remplacer le mot "Indien", que de nombreuses personnes jugeaient offensant. Même si le terme "Première nation" est largement répandu, il n'en existe aucune définition légale. Entre autres choses, les "membres des Premières nations" désignent les Indiens du Canada, tant inscrits que non inscrits. De nombreux Indiens ont aussi adopté le terme "Première nation" pour remplacer le mot "bande", qui désigne leur collectivité.

PROJET DE LOI C-31 :
Terme d'usage servant à désigner la Loi modifiant la Loi sur les Indiens, avant sa promulgation en 1985. Cette loi a permis d'éliminer certaines dispositions discriminatoires de la Loi sur les Indiens, dont celle qui prévoyait que les Indiennes perdaient leur statut d'Indienne lorsqu'elles épousaient des non-Indiens. Le projet de loi C-31 a permis aux personnes visées par les dispositions discriminatoires

de l'ancienne Loi sur les Indiens de faire une demande afin de recouvrer leur statut d'Indien. Depuis 1985, quelque 105 000 personnes ont ainsi recouvré leur statut.

RÉSERVE :
Territoire que le gouvernement fédéral réserve pour l'utilisation et l'occupation d'un groupe ou d'une bande autochtone.

STATUT D'INDIEN :
Statut individuel d'Indien, selon les dispositions de la Loi sur les Indiens.

ZONE À ACCÈS LIMITÉ :
Zone dans laquelle une bande n'a pas d'accès à longueur d'année au centre de services le plus proche, de sorte que les frais de transport y sont plus élevés.

ZONE ÉLOIGNÉE :
Zone dans laquelle une bande se trouve dans un rayon de 350 km d'un centre de services accessible par la route à longueur d'année.

Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (1997). Définitions. http://www.inac.gc.ca/pubs/information/info101.htm.

ANNEXE B : MÉTHODOLOGIE

POPULATIONS

Les populations dont il est question dans ce document sont les peuples des Premières nations et les Inuits. Nous ne disposions que de peu d'information sur les Métis et les Indiens non inscrits. Ces groupes ont toutefois été inclus dans l'information sur les populations autochtones. La population générale du Canada a servi de groupe témoin.

COLLECTE DE DONNÉES ET D'INFORMATIONS

Les données ont été recueillies en février et en mars 1999, surtout auprès des ministères fédéraux et dans diverses enquêtes, comme l'ELNPNI, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Des recherches ont été faites sur MEDLINE et Internet dans le cadre de la revue de littérature. Pour décrire la population autochtone, nous nous sommes davantage servis des figures de Statistique Canada que de celles du ministères des Affaires indiennes et du Nord canadien, étant donné que de nombreuses variables, comme les indicateurs socio-économiques, provenaient du recensement de 1996. Bien qu'on estime que 44 000 personnes vivant dans les 77 réserves et établissements indiens ont fait l'objet d'un recensement incomplet, l'impact d'une telle sous-couverture est généralement bénin lorsqu'on établit des statistiques à l'échelle nationale et provinciale. Les bureaux régionaux de la Direction générale des services de santé (Santé Canada) ont fourni les données sur la mortalité, de même que les informations sur les années potentielles de vie perdues, le poids à la naissance, la grossesse chez les adolescentes, l'immunisation, et les consultations chez les médecins et les hospitalisation. Le tableau qui suit donne les sources des diverses mesures utilisées dans le document.

MESURES	SOURCES DES DONNÉES	
	Population générale	Premières nations & Inuits
Donnés démographiques	Statistique Canada	§ Statistique Canada § MAINC
Maladies chroniques	ENSP 1994-95	§ ELRPNI § Revue de littérature
Taux et causes de mortalité	Statistique Canada	Bureaux régionaux de la DGSM
Années potentielles de vie perdues	Fondation des maladies du coeur du Canada	Bureaux régionaux de la DGSM
Espérance de vie	Statistique Canada	MAINC
Santé des aîné(e)s	ENSP 1996-97	ELRPNI
Chômage et aide sociale	CCDS, utilisant les données de DRHC	MAINC
Éducation	Statistique Canada	§ Statistique Canada § MAINC
Emploi	Statistique Canada	Statistique Canada
Revenu	Statistique Canada	Statistique Canada
Familles monoparentales	Statistique Canada	Statistique Canada
Interaction avec le système juridique	-	Statistique Canada
Itinérance	-	Revue de littérature commandée par la SCHL
Logement	Statistique Canada	§ MAINC § Statistique Canada § ELRPNI
Infrastructure	S.O.	§ MAINC § ELRPNI
Tuberculose	LLCM	LLCM
Contaminants environnementaux	S.O.	§ Environnement Canada § Revue de littérature
Tabagisme	ENSP 1996-97	§ ELRPNI § 1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey
Abus d'alcool, de solvants et de substances	-	§ CCLAT § 1996 Northwest Territories Alcohol and Drug Survey § ELRPNI § Revue de littérature
Jeu compulsif	-	Revue de littérature
Activité physique	-	Revue de littérature
Obésité	ENSP 1996-97	Revue de littérature
Santé dentaire	Revue de littérature	§ DGSM § ELRPNI
VIH/sida et autres MTS	LLCM	LLCM
Taux de suicide	Statistique Canada	§ Bureaux régionaux de la DGSM § Northwest Territories Health and Social Services
Violence familiale	Statistique Canada	§ Centre national d'information sur la violence dans la famille (Santé Canada) § MAINC

Pensionnats	S.O.	ELRPNI
Culture et langue traditionnelles	S.O.	§ Statistique Canada § ELRPNI
Limitations d'activité	§ ENSP 1996-97 § Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1991	§ ELRPNI § Conseil consultatif national sur le troisième âge (Santé Canada)
Taux et causes de mortalité infantile	Statistique Canada	Bureaux régionaux de la DGSM
Poids à la naissance	Statistique Canada	§ Bureaux régionaux de la DGSM § ELRPNI
Taux de grossesse chez les adolescentes	Statistique Canada	Bureaux régionaux de la DGSM
Tabagisme pendant la grossesse	-	Revue de littérature
SAF/EAF	CCLAT	§ CCLAT § Revue de littérature
Taux d'allaitement maternel	ELNEJ 1994-95	ELRPNI
Problèmes de santé dans l'enfance	ELNEJ 1994-95	ELRPNI
Taux d'immunisation	LLCM	Bureaux régionaux de la DGSM
Besoins de santé non comblés	ENSP 1996-97	ELRPNI
Consultations médicales	-	Bureaux régionaux de la DGSM
Recours aux soins dentaires	ENSP 1996-97	§ DGSM § ELRPNI
Taux et causes d'hospitalisation	CCIS	Bureaux régionaux de la DGSM
Utilisation des pharmacies	-	DGSM
Dépenses de santé par habitant	CCIS	DGSM
Ententes de transfert	S.O.	§ DGSM § ELRPNI
Professionnels de la santé autochtones	CCIS	§ DGSM § Revue de littérature
Formation et perfectionnement	-	§ DGSM § MAINC § Revue de littérature

Note : MAINC = Ministères des Affaires indiennes et du Nord canadien, ENSP = National Population Health Survey, ELRPNI = Étude longitudinale régionale sur les Premières nations et les Inuits, DGSM = Direction générale des services médicaux, CCDS = Conseil canadien de développement social, DRHC = Développement des ressources humaines Canada, ¨ = information non nécessaire, SCHL = Société canadienne d'hypothèques et de logement, S.O. = sans objet, LLCM = Laboratoire de lutte contre la maladie, CCLAT = Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ELNEJ = Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, CCIS = Centre canadien d'information en santé.

ANALYSE DES DONNÉES

Comme ce "Second diagnostic" veut avant tout décrire l'état de santé actuel de ces populations et non prédire leur état futur, nous avons surtout utilisé des données descriptives. Nous nous sommes par ailleurs servis de la méthode directe de standardisation et de la population de recensement de 1996 pour calculer les données de mortalité standardisées selon l'âge.